

# Douleur de la personne âgée

*Bibliographie thématique* : les références sont classées par ordre chronologique décroissant au sein de chaque rubrique.

|   |    |
|---|----|
| ■ Enquêtes de prévalence et revue de littérature      | 2  |
| ■ Evaluation  | 4  |
| ■ Thérapeutiques                                      | 9  |
| ■ Du diagnostic au traitement : articles synthétiques | 16 |
| ■ Pathologies et polyopathologies - Souffrance morale | 23 |
| ■ Douleur et démence                                  | 28 |
| ■ Douleur et soins palliatifs – Ethique               | 30 |

Mise à jour : Août 2022

Contact : [jocelyne.esch@aphp.fr](mailto:jocelyne.esch@aphp.fr)



Centre de documentation de l'AP-HP  
Direction des Ressources Humaines  
Centre de la Formation et du  
Développement des Compétences

## ■ Enquêtes de prévalence et revue de littérature

### Intérêt d'une sensibilisation au dépistage et à la prise en charge de la douleur au sein des équipes médicales et paramédicales dans les unités de gériatrie aiguë.

DORION (Mathilde) ; DELATTRE (Oriane) ; BLOCH (Frédéric)

*REVUE DE GERIATRIE*, 2022/03-04, vol. 47, n° 3 /4, 153-159, tabl. 21 réf.

Contexte : La prise en charge antalgique du sujet âgé se heurte à de nombreuses difficultés du fait d'une atypie de l'expression douloureuse, de la complexité de son évaluation en présence de troubles neurocognitifs et de la crainte des effets secondaires des antalgiques. Matériels et méthodes : L'objectif de ce travail était d'évaluer si une sensibilisation au dépistage et à la prise en charge de la douleur avait un impact positif sur la prise en charge de celle-ci dans les unités de gériatrie aiguë. Les données ont été recueillies avant et après la sensibilisation au dépistage et à la prise en charge de la douleur, puis comparées selon le modèle d'une évaluation des pratiques professionnelles. Résultats : Avant la sensibilisation, l'instauration de traitements antalgiques était réalisée dans 44,9 % des cas, après elle était effectuée chez 66,2 % des patients. En parallèle, les délais d'adaptation thérapeutique étaient plus courts après la sensibilisation, où dans 91,8 % des cas elle était réalisée dans les 24 heures, alors qu'avant la sensibilisation elle était effectuée au-delà des 24 heures dans 67,7 % des cas ( $p=0,017$ ). Conclusion : Nous avons mis en évidence une amélioration de la prise en charge antalgique, notamment avec une instauration plus fréquente et plus rapide de thérapeutique en présence de douleurs. Afin d'améliorer la prise en charge de la douleur chez la personne âgée, il est nécessaire de poursuivre les formations continues pour l'ensemble des soignants. (R. A.).

### Gestion de la douleur des personnes âgées.

BRUNKERT (Thekla) ; ZUNIGA (Franziska) ; LUTHI (Urs)

*SOINS INFIRMIERS : KRANKENPFLEGE*, 2018/11, n° 11, 60-64.

L'attitude, l'expertise et la communication au sein de l'équipe de soins sont trois conditions préalables importantes à une bonne prise en charge de la douleur dans les établissements médico-sociaux. Une enquête a examiné les points de vue des soignants, médecin et résidents, et mis en évidence des pistes d'action. (R.A.).

### A narrative literature review of older people's cancer pain experience.

DUNHAM (Margaret) ; INGLETON (Christine) ; RYAN (Tony) ; GOTT (Merryn)

*JOURNAL OF CLINICAL NURSING*, 2013/08, vol. 22, n° 15-16, 2100-2113, tabl. réf. 4p.

Aims and objectives : To synthesise current evidence about the experience of older people with cancer pain and consider how exploration of this may inform clinical practice and research. Background : Cancer is more prevalent in older age. Evidence suggests that older people's pain is generally under-recognised and under treated. Pain is a significant concern for many people living and dying with cancer and may be of particular concern for older people who may have complex biopsychosocial needs. There is mounting evidence that older people and their families experience high level of unmet need generally and suboptimal pain in particular. Design : Narrative literature review. Method : A comprehensive search of five electronic databases was undertaken between the years 1996-2010 inclusive. Inclusion criteria were primary research papers relating older peoples' experiences of cancer pain, incorporating the verbal report or narrative account of experience of cancer. Results : Seventeen papers met the criteria for inclusion in the review. Three major themes emerged from the literature: (1) emotional experience identified by older people with cancer pain, (2) effects of pain on life and living, and (3) how communication affects the experience or expression of cancer pain including subthemes of validating, trust and cultural effects on the communication of pain. Conclusion : There is limited research about older people's cancer pain from the perspective of the person experiencing the pain. This review highlights the need for further research into living and dying with cancer pain which incorporates the unique and individual experience of older people. Relevance to clinical practice : Understanding the complexity and nature of older people's cancer pain experience should inform appropriate effective care that improves quality of life and promotes independence and dignity. Culturally sensitive training in communication may enhance understanding of the needs of older people with cancer pain. (R. A.).

### Qi gong et douleur : définitions et revue de la littérature.

BEAUMONT (Marie)

*DOULEURS*, 2013/04, n° 2, 67-74, fig. , tabl. 25 réf.

Le qi gong , que l'on peut traduire par travail sur l'énergie, est un art de soigner ancestral appartenant au champ de la médecine traditionnelle chinoise. Il existe plusieurs centaines de qi gong différent, et on peut

tenter de les classer en qi gong externe et interne selon qu'ils nécessitent le recours d'un praticien. Au sein du qi gong interne, on trouve des qi gong plutôt dynamiques et d'autres plus méditatifs. La littérature médicale évaluant le qi gong est peu fournie comparativement à d'autres pratiques apparentées alliant relaxation et mouvement (comme le tai chi chuan ou le yoga). Dans le domaine de la douleur, les différentes études permettent de retrouver un impact positif, mais pas toujours statistiquement significatif, de la pratique du qi gong. Les études portent essentiellement sur des douleurs d'origine rhumatologique (douleurs du dos, du cou, des épaules, des genoux, fibromyalgie) et plus accessoirement douleur cancéreuse, migraine, syndrome douloureux complexe régional et douleur au travail. Certaines études concernent particulièrement la personne âgée. L'impact de la pratique du qi gong sur la douleur, bien que positif, n'apparaît là encore, pas toujours significatif, mais on observe une amélioration de l'autonomie. Au total, l'apport du qi gong permet un soin global des patients douloureux. Toutes les études soulignent l'absence ou presque de contre-indications (des adaptations sont possibles comme chez la personne âgée) et le peu d'effets secondaires. Il est important également de considérer le faible coût que représente la pratique du qi gong et son rôle préventif. © 2013 Publié par Elsevier Masson SAS.

### **Évaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010.**

BOURDILLON (François) ; CESSÉLIN (François) ; PARE (Benjamin) ; et al.

Haut Conseil de la Santé Publique. (H.C.S.P.). Paris. FRA

*ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE*, 2011/09, n° 76, 7-9.

Le HCSP présente dans ce rapport une évaluation du 3ème Plan national d'amélioration de prise en charge de la douleur. Il fait des recommandations pouvant servir de base à la construction d'un nouveau plan douleur. Plusieurs constats sont mis en avant : manque de mesures en direction des handicapés et personnes atteintes de maladies mentales, approche très "hospitalo-centrée" au détriment des professionnels libéraux, absence de développement des connaissances concernant les méthodes non pharmacologiques, fragilisation des structures antidouleur, etc.

### **Dépistage, évaluation et traitement de la douleur chez la personne âgée dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles : à propos d'une enquête de 26 patients hospitalisés en court séjour gériatrique.**

VASERMAN (Nathalie) ; GUILLARD LEFRAIS (A.)

*DOULEURS*, 2008/09, n° 4, 180-195, graph. ann. 25 réf.

L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux des pratiques professionnelles dans le domaine de la douleur au sein d'un service de court séjour gériatrique puis de proposer des axes d'amélioration. Elle a montré que des améliorations peuvent être apportées notamment dans le domaine de l'évaluation, de la surveillance des traitements morphiniques, de l'utilisation des techniques non médicamenteuses de la douleur et de la traçabilité.

### **Douleurs induites par les soins : analyse de l'évolution des données d'une enquête annuelle de prévalence de la douleur.**

LHUILLERY (Delphine) ; COSQUERIC (Gaëlle)

*DOULEURS*, 2008/06, n° 3, 113-117, fig. 6 réf.

Nous réalisons depuis cinq ans une enquête annuelle sur la prévalence de la douleur un jour donné chez nos patients âgés. Dans cet article nous nous attachons à analyser l'évolution au cours du temps des différents paramètres concernant la douleur provoquée par les soins d'hygiène (toilette, transfert et habillage), les pansements et la rééducation. Les paramètres étudiés pour chaque soin sont la prévalence algique, l'intensité moyenne de la douleur, l'existence ou non de prémédication, ainsi que la prévalence de la douleur en fonction du nombre de soignants réalisant le soin. Les résultats nous montrent l'évolution favorable ou non pour chaque type de soin et nous essayons de trouver les raisons de leur disparité.

### **Prévalence de la douleur chez des patients âgés dyscommunicants.**

LHUILLERY (D.) ; BONTE (F.) ; COSQUERIC (G.) ; et al.

*DOULEURS*, 2007/02, n° 1, 17-20. 14 réf.

Depuis cinq ans, l'hôpital de Vaugirard G. Pallez, hôpital gériatrique, se mobilise au cours d'une journée pour réaliser une enquête sur la prévalence de la douleur auprès de ses patients. Notre questionnaire va au-delà de la simple information sur la prévalence de la douleur et nous renseigne aussi sur les circonstances d'apparition des douleurs, leur intensité, les traitements utilisés, [...] nous permettant de mieux comprendre nos failles et d'essayer de mettre en place une politique afin d'y remédier. Au travers de cette enquête nous pouvons distinguer la population capable de répondre (patients répondeurs) à un questionnaire qui lui est

posé et celle qui ne l'est pas (patients dyscommunicants). Les taux de prévalence de la douleur dans ces deux sous-groupes diffèrent et nous essayerons au travers de cet écrit d'en expliquer les raisons.

### **Y-a-t-il un lien entre douleur et symptômes dépressifs dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ?**

HOUPEURT GUIBE (C.)

*REVUE DE GERIATRIE*, 2005/01, vol. 30, n° 1, 23-30. réf. bibl.

Le but de cette étude est d'évaluer la prévalence de la dépression et de la douleur chronique dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, sur l'ensemble des 79 résidents, et de déterminer s'il existe un lien entre douleur et dépression.

### **Description de la symptomatologie douloureuse des sujets âgés admis en court séjour pour une pathologie aiguë.**

BOURDEL MARCHASSON (I.) ; RICHARD HARSTON (S.) ; SALLES MONTAUDON (N.) ; SOURGEN (C.) ; DECAMPS (A.) ; RAINFRAY (M.) ; EMERIAU (J.P.)

*REVUE DE GERIATRIE*, 2000/09, vol. 25, n° 7, 477-480, stat. réf. bibl.

Une description de la douleur rencontrée chez des patients âgés hospitalisés en court séjour pour une pathologie aiguë immobilisante, en dehors de soins palliatifs est ici proposée. Une étude rétrospective a recherché dans 382 dossiers de patients admis pour une pathologie aiguë et immobilisante, la fréquence de la douleur, son type, son siège, son origine et les traitements appliqués. Les pathologies concomitantes, le comportement alimentaire, la mortalité et la durée de séjour ont également été recensés.



## **■ Evaluation**

### **Evaluation de la douleur dans le grand âge : où en sommes-nous en 2021 ?**

CAPRIZ (Françoise) ; MICHEL (Micheline) ; RAT (Patrice) ; et al.

*REVUE DE GERIATRIE*, 2021/10, vol. 46, n° 8, 479-487, fig. 58 réf.

La gestion de la douleur dans notre population vieillissante s'est certainement améliorée au cours des vingt dernières années. Néanmoins, la prévalence de la douleur reste élevée avec des conséquences négatives en termes de qualité de vie et de perte d'autonomie. L'évaluation de la douleur reste une étape essentielle pour permettre un traitement antalgique adéquat. Le groupe Doloplus a ainsi mené une large réflexion sur le concept d'évaluation de la douleur en gériatrie et l'utilisation des outils d'évaluation disponibles en français incluant un nouvel algorithme d'évaluation de la douleur spécifique à cette population. Ce collectif insiste également sur les freins à leur appropriation par les soignants et présente plusieurs suggestions pour assurer une juste évaluation de la douleur indispensable à une prise en charge efficace. (R. A.).

### **Evaluation de la douleur de la personne âgée.**

CHAPIRO (Sylvie)

*DOULEURS*, 2021/06, vol. 22, n° 3, 133-139, fig. 23 réf.

Il existe une grande prévalence de la douleur dans le grand âge, ce qui peut nuire à la qualité de vie des personnes âgées. L'évaluation de la douleur est une étape indispensable à son soulagement. Elle s'avère complexe en gériatrie, notamment lorsque le malade a des troubles cognitifs. Le recours systématique à des échelles validées, par des soignants sensibilisés et formés, permet d'optimiser son dépistage dans des contextes pathologiques ou des soins habituellement pourvoyeurs de douleur ou encore dans le cadre d'une prise en charge institutionnelle. L'autoévaluation doit toujours être tentée avant d'envisager des échelles d'hétéro-évaluation comme Algoplus ou Doloplus. Sans oublier de toujours interroger le malade pour préciser les caractéristiques de la douleur. © 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

### **Collectif Doloplus : déjà vingt-cinq ans au service de la douleur des plus âgés.**

DANNENBERGER (Nathalie) ; DEVOT (Joëlle) ; WARY (Bernard) ; et al.

*REVUE DE L'INFIRMIERE*, 2020/08-09, n° 263, 40-42, fig. 12 réf.

Les troubles de la communication verbale du sujet âgé peuvent être un frein à la détection et à l'évaluation de la douleur. Dans ces conditions, les échelles comportementales (hétéroévaluation) Doloplus et Algoplus sont nécessaires. Cet article reprend les règles d'utilisation de ces deux échelles et la place de chacune en

pratique quotidienne. Il éclaire également sur les modalités d'une démarche évaluative de qualité et ses conséquences sur la prise en soins. (R.A.).

### **Physiologie et évaluation de la douleur en gériatrie.**

SLIMANI (Reda)

*KINE ACTUALITE*, 2020/06, n° 1568, 25-28, fig. réf. bibl.

Au sommaire : - Physiopathologie de la douleur en gériatrie ; - Douleur mémoire et impact du vieillissement cognitif sur la douleur ; - Principales étiologies des douleurs chez la personne âgée ; - Évaluation de la douleur en gériatrie ; - Traitements non médicamenteux de la douleur en gériatrie.

### **L'évaluation de la douleur en EMS : un impératif infirmier.**

MEHMETAJ (Bekim) ; SAVOIE (Manon) ; ULLMANN (Pascale) ; WICHT (Justine)

*SOINS INFIRMIERS : KRANKENPFLEGE*, 2019/10, n° 10, 78-79.

La douleur des personnes âgées vivant en établissement médico-social reste à ce jour sous-évaluée et sous-traitée. Une synthèse de données probantes sur ce thème permet de guider la pratique infirmière. (R.A.).

### **Emergency nurses' evaluation of observational pain assessment tools for older people with cognitive impairment.**

FRY (Margaret) ; ARENDTS (Glenn) ; CHENOWETH (Lynn)

*JOURNAL OF CLINICAL NURSING*, 2017/05, vol. 26, n° 9-10, 1281-1290. réf. bibl.

Aims and objectives : To explore emergency nurses' perceptions of the feasibility and utility of Pain Assessment in Advanced Dementia tool in people over 65 with cognitive impairment. The Pain Assessment in Advanced Dementia tool was then compared with The Abbey Pain Scale, Doloplus-2 and PACSLAC. The objective was to determine which observational pain assessment tool was the most appropriate for the emergency department context and the cognitively impaired older person. Background : The number of older people with cognitive impairment conditions, such as dementia, presenting to the emergency department is increasing. Approximately 28% of people over 65 years who present will have cognitive impairment. Older people with cognitive impairment often receive suboptimal pain management in the ED. There is limited evidence of the use and/or appropriateness of dementia-specific pain observation assessment tools in the ED. Design : This was a multicentre exploratory qualitative study, which was conducted within a constructivist paradigm. Methods : Focus group interviews were conducted with nurses across three hospital emergency departments. Data were subject to thematic analysis. Results : Six focus groups were conducted with 36 nurses over a 12-week period. Four themes emerged from the analysis: 1) cognitive impairment is a barrier to pain management; 2) PAINAD gives structure to pain assessment; 3) PAINAD assists to convey pain intensity; and 4) selection of an appropriate observational pain assessment tool. Conclusions : This study identified that emergency nurses find it challenging to detect, assess and manage pain in cognitively impaired people. While the use of the PAINAD helped to address these challenges compared to other tools, nurses also identified the important role that family and carers can play in pain assessment and management for older people with cognitive impairment. Relevance to clinical practice : This study has generated new knowledge that has broad application across clinical settings, which can assist to transform pain management practice and reduce human suffering. The use of an observational pain assessment tool can provide for greater practice consistency for patients with communication difficulties. Pain management for older people with cognitive impairment is best achieved by the use an appropriate observational pain assessment tool and with a multidisciplinary approach that includes the person and their family/carer. (R.A.).

### **L'évaluation de la douleur chez les personnes âgées non communicantes.**

MIRA (Laurette)

*SOINS AIDES-SOIGNANTES*, 2017/03-04, n° 75, 18-20. 4 réf.

Malgré une prévalence élevée chez les personnes âgées démentes non communicantes, la douleur reste sous-traitée, principalement par défaut de détection. Les douleurs non soulagées sont responsables de perte d'autonomie, de troubles du sommeil, d'une diminution de la qualité de vie et de dépression. Les repérer et les traiter sont donc essentiels. (résumé éditeur).

### **Mieux évaluer la douleur de la personne âgée non communicante.**

BARRE (Véronique) ; COMMERNAT (Véronique) ; JOLLY (Gaëlle)

*SOINS*, 2015/03, n° 793, 15-19, fig. 1 réf.

Une association regroupant les comités de lutte contre la douleur de plusieurs établissements a réalisé une évaluation des pratiques professionnelles afin de mieux repérer et traiter la douleur des personnes âgées non communicantes. L'étude montre l'intérêt d'une évaluation systématique, à l'aide de l'échelle Algoplus®, de tout patient ayant des troubles de la communication, et la nécessité d'améliorer la prise en charge de la douleur. (R. A.).

### **Algorithme d'évaluation de la douleur chez les patients âgés.**

RAT (Patrice) ; BONIN GUILLAUME (Sylvie) ; PICKERING (Gisèle) ; et al.

*DOULEURS*, 2014/04, n° 2, 52-56, fig. 33 réf.

La prise en charge des douleurs chez les patients âgés reste insuffisante que ce soit à domicile, en maison de retraite ou dans les services de soins hospitaliers. Les insuffisances de l'évaluation et/ou la mauvaise interprétation des signes cliniques présentés sont probablement à l'origine de cette mauvaise prise en charge et sont liées aux particularités du patient âgé. C'est la raison pour laquelle des recommandations pour améliorer l'évaluation de la douleur chez la personne âgée ont été formulées. Cependant, ces recommandations sont peu respectées en pratique quotidienne car elles entraînent un surcroît de travail important pour le personnel soignant déjà soumis en gériatrie à la nécessité de multiples évaluations. Malheureusement, les dysfonctionnements observés sont préjudiciables pour la qualité de vie du patient âgé et aussi en termes de morbi-mortalité. Afin d'améliorer la prise en charge de la douleur de la personne âgée, il est ainsi important de permettre une simplification des tâches des différents acteurs impliqués en proposant des algorithmes d'évaluation utilisant la complémentarité des échelles d'auto-évaluation et d'hétéro-évaluation. © 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### **Escarres et évaluation de la douleur.**

LOISEAU BRETON (C.)

*SOINS GERONTOLOGIE*, 2013/05-06, n° 101, 34-35. réf. bibl.

L'évaluation et le traitement de la douleur font partie intégrante de la prise en charge de l'escarre chez la personne âgée. Elle doit être évaluée par l'infirmier et le médecin dès le début de prise en soins puis régulièrement au cours du suivi. Plusieurs critères sont étudiés afin d'apprécier le niveau de douleur et de mieux orienter sa prise en charge. (R.A.).

### **Douleurs du sujet âgé. Outils d'évaluation et aide à la décision.**

LESCURE (P.)

*REPERES EN GERIATRIE*, 2012/04, n° 117, 95-102, fig. réf. bibl.

Les douleurs du sujet âgé sont extrêmement fréquentes, favorisées par la polyopathie. L'enquête étiologique et l'évaluation de ces douleurs sont souvent rendues difficiles du fait de l'intrication des mécanismes douloureux et de leur expression atypique dans cette population très hétérogène. Or, il est impératif de repérer précocement ces douleurs tant elles ont de répercussions sur l'autonomie et la qualité de vie de la personne âgée. Pour ce faire, cet article présente des outils validés qui permettent de repérer et d'évaluer la douleur de la personne âgée. Il présente l'échelle Algoplus, l'échelle Doloplus, l'échelle ECPA.

### **Les échelles d'hétéroévaluation de la douleur chronique à l'épreuve du quotidien en gériatrie.**

PETROGNANI (A.)

*DOULEUR ET ANALGESIE*, 2011/06, n° 2, 75-81, ann. 14 réf.

La douleur chronique est souvent sous-évaluée et n'est pas assez traitée chez les personnes âgées présentant des difficultés à s'exprimer oralement. Les outils d'autoévaluation telle l'échelle visuelle analogique ne sont pas adaptés à cette population qui présente des déficits sensoriels et cognitifs. Des échelles comportementales sont donc utilisées pour repérer et quantifier cette « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable » ressentie par ces personnes âgées, mais l'utilisation de ces outils d'évaluation nécessite une réelle compétence et une attitude résolument centrée sur le malade. (R. A.).

### **Les défis de l'évaluation de la douleur chez la personne âgée avec des capacités réduites à communiquer en raison d'une démence avancée.**

MISSON (Lucie) ; SAVOIE (Maryse L.) ; AUBIN (Michèle) ; et al.

*DOULEURS*, 2011/04, n° 2, 55-64. 12 réf.

L'augmentation constante et prévisible de l'espérance de vie permet à un nombre croissant d'entre nous de prétendre à la vieillesse. Celle-ci s'accompagne inexorablement d'un accroissement du risque de développer et de cumuler des problèmes de santé plus ou moins graves. Certains de ces problèmes provoquent des douleurs aiguës ou chroniques pour lesquelles une personne âgée en mesure de s'exprimer pourra obtenir

un soulagement convenable de la part de professionnels compétents. Outre les problématiques de santé physique, le grand âge s'accompagne inéluctablement d'une augmentation du risque de présenter les déficits cognitifs qui accompagnent la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Lorsqu'elle atteint les stades modérés et sévères de ces maladies, la personne âgée déjà physiquement souffrante devient également progressivement incapable de s'exprimer et d'obtenir le soulagement auquel elle peut toujours prétendre. Cette personne âgée vulnérable et fragile doit alors pouvoir compter sur des professionnels de la santé motivés et compétents, soutenus et encadrés par des organisations prêtes à traquer la douleur chez ceux qui ne communiquent plus mais n'en souffrent pas moins. Pour ce faire, des outils de détection et d'hétéro-évaluation de la douleur de bonne qualité ont été validés et sont disponibles. Il ne reste plus qu'à les utiliser, non pas isolément mais plutôt dans le cadre de programmes de gestion rigoureux qui misent sur la sensibilisation, l'amélioration des connaissances et des compétences ainsi que sur le monitoring systématique de la douleur par des équipes multidisciplinaires, permettant ainsi d'améliorer notre efficacité collective à soulager la douleur. (R.A.) © 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### **Douleur chez la personne âgée non communicante. Expérience de mise en place de l'échelle AlgoPlus en USLD.**

SCHINDELHOLZ (Pascal) ; PUGET (Claire)

*DOULEURS*, 2009/04, n° 2, 79-83, tabl. ann. 2 réf.

Cet article fait référence à la mise en place en USLD d'une échelle d'évaluation de la douleur et de ce qui en a découlé pour le personnel soignant de ce service et par conséquent pour les résidents en soin.

### **Détecter la douleur chez la personne âgée, un exercice difficile.**

GUIMELCHAIN BONNET (Michèle)

*AIDE SOIGNANTE (L')*, 2009/03, n° 105, 9-10. 2 réf.

La douleur est toujours à considérer comme un signe d'alerte mais la détecter chez la personne âgée est parfois bien difficile pour les soignants. En effet, bien souvent c'est la personne elle-même qui aura des difficultés à percevoir la douleur et ceci pour de multiples raisons. Cet article recense ces situations dans lesquelles la personne âgée n'est pas en mesure d'évoquer une douleur inhabituelle : indifférenciation par rapport à des douleurs chroniques, vieillissements cérébral et sensoriel émoussant les ressentis corporels, traitement masquant la douleur, difficulté de localisation de celle-ci... L'écoute et l'observation de la personne âgée peut permettre de pallier ces déficits d'appréciation.

### **Douleur aiguë, douleur chronique. Evaluer la douleur chez le sujet âgé porteur d'escarre avant de la traiter.**

RAT (Patrice) ; PASSADORI (Yves) ; MICHEL (Micheline) ; et al.

*ESCARRE (L)*, 2008/09, n° 39, 14-16, fig. réf. bibl.

Dans cet article, il s'agit de la douleur éprouvée par les personnes âgées porteuses d'escarres. Deux points sont abordés : - Evaluation de la douleur ; - Evaluation de l'intensité de la douleur.

### **Douleurs de la personne âgée. Particularités de l'évaluation et spécificités de la prise en charge.**

VINCENT (H.)

*REPERES EN GERIATRIE*, 2007/06-07, vol. 9, n° 72, 211-234, ann. réf. bibl.

L'article aborde les différentes approches d'évaluation de la douleur et les spécificités de prise en charge des personnes âgées. Il présente en annexe l'échelle Doloplus 2 et le Score ECPA.

### **A literature review exploring how healthcare professionals contribute to the assessment and control of postoperative pain in older people.** Revue de la littérature analysant comment des professionnels de santé contribuent à l'évaluation et au contrôle de la douleur post-opératoire chez les personnes âgées.

BROWN (Donna)

*JOURNAL OF CLINICAL NURSING*, 2004/09, vol. 13, n° 6b, 74-90. réf. 4p.

L'évaluation de la douleur est jugée comme prioritaire dans les soins pratiqués aux patients, surtout chez les personnes âgées. Ces douleurs sont souvent occultées pour plusieurs raisons : le stoïcisme, la communication, l'âge, l'éducation, peuvent être des barrières empêchant une bonne évaluation de la douleur de la part des professionnels de santé.

**Évaluation d'un stimulus de pression par des échelles verbales simples, numériques et visuelles analogiques au sein d'une population âgée hospitalisée : implications pour l'évaluation de la douleur en gériatrie.**

FRANCOIS (V.) ; DAREES (V.) ; MOUSSA (H.) ; SEBBANE (G.) ; PERILLIAT (I.) ; MAUGOURD (M.F.)  
*REVUE DE GERIATRIE*, 2004/02, vol. 29, n° 2, 95-101. 20 réf.

L'objectif de cette étude est d'analyser la compréhension des échelles d'autoévaluation de la douleur (sur un autre stimulus que la douleur) afin de déterminer si l'âge ou un syndrome démentiel léger en gêne le maniement.

**Évaluation de la douleur en gériatrie : enquête à l'entrée en court séjour.**

TRICHET LLORY (U.) ; SACHET (A.) ; GOURONNE (A.) ; PAUTAS (E.)  
*REVUE DE GERIATRIE*, 2004/02, vol. 29, n° 2, 103-108, tabl. 26 réf.

Cet article rend compte d'une enquête prospective sur 45 jours, incluant 56 patients hospitalisés. Il décrit la prévalence et les caractéristiques de la douleur. Plusieurs échelles ont été utilisées pour préciser les spécificités dans l'évaluation des prises en charge chez ce type de patients.

**La douleur d'une personne âgée en fin de vie : comment l'évaluer ?**

WARY (Bernard)

*GERIATRIES*, 2002/01-02, n° 28, 19-21. 5 réf.

La personne âgée en fin de vie souffre tout autant que les autres personnes. Encore faut-il reconnaître cette douleur et l'évaluer. Les outils d'auto-évaluation peuvent être utilisés, lorsque c'est possible, mais on a le plus souvent recours à l'hétéro-évaluation, grâce aux échelles Doloplus-2 et ECPA. (R.A.).

**La douleur chez le sujet âgé : un protocole d'évaluation.**

ABADIE (M.) ; MICHEL LAENGH (N.) ; MOUSSA (H.) ; RANOVONA (C.) ; BAPTISTE (N.) ; GAILLARD (P.) ; MAUGOURD (M.F.)

*REVUE DE GERIATRIE*, 2001/11, vol. 26, n° 9, 737-742. réf. bibl.

Dans la plupart des services de gériatrie, la prise en charge de la douleur reste insuffisante du fait d'un manque de reconnaissance et d'évaluation par le personnel soignant, mais surtout, d'un manque de connaissances médicales sur les thérapeutiques morphiniques. Dans cet article, les auteurs proposent une démarche d'évaluation systématique, base minimale d'une antalgie convenable chez les patients douloureux.

**La fiche "nursing douleur" : une expérience en long séjour.**

PATOLE (François)

*GERIATRIES*, 2001/03-04, n° 24, 31-33. 1 réf.

La prise en compte de la douleur totale et du syndrome de glissement qui en découle impose d'être attentif à la survenue de tout changement d'attitude chez un dément alité. Le présent article témoigne du travail qui a été effectué dans un service de longue durée qui comporte à 90 % des vieillards déments.

**Douleur et personnes âgées non communicantes : cas clinique.**

TIMSIT (Michèle)

*ESCARRE (L')*, 2001/03, n° 9, 31-32. 1 réf.

Cet article nous présente deux échelles d'évaluation de la douleur chez la personne âgée non communicante : L'échelle Doloplus et l'échelle comportementale du sujet âgé (ECPA).

**A propos des échelles d'évaluation de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale : intérêt, limites et conseils pratiques.**

WARY (Bernard)

*GERONTOLOGIE*, 2001/01, n° 117, 35-39, tabl. 20 réf.

Cet article présente les limites d'évaluation de la douleur chez la personne âgée et les principaux outils d'évaluation. Il revient sur l'échelle d'évaluation comportementale de la douleur Doloplus-2 et souligne la nécessité pour les soignants de s'aider des informations recueillies auprès de la famille et des différents intervenants.

### **Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale.** [en ligne].

DOSQUET (Patrice), coor. ; DUROCHER (Alain), resp. ; Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. (A.N.A.E.S.). Paris. FRA.

Paris : ANAES, 2000/10, 53p.

Les présentes recommandations concernent l'évaluation et le traitement de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. L'absence de communication n'existe que très rarement. Les personnes âgées dites non communicantes sont des personnes âgées non verbalisantes, non comprenantes ou non participantes et par définition des personnes âgées ne pouvant pas d'auto-évaluer. (Extrait du document).

Disponible sur le site de la Haute autorité de santé

<[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272123/evaluation-et-prise-en-charge-therapeutique-de-la-douleur-chez-les-personnes-agees-ayant-des-troubles-de-la-communication-verbale](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272123/evaluation-et-prise-en-charge-therapeutique-de-la-douleur-chez-les-personnes-agees-ayant-des-troubles-de-la-communication-verbale)>

(consulté le 11/08/2022)

### **Doloplus 2 : une échelle comportementale de la douleur validée chez la personne âgée. Etude de fiabilité.**

MICHEL (M.) ; CAPRIZ (F.) ; GENTRY (A.) ; et al.

*REVUE DE GERIATRIE*, 2000/03, vol.25, n° 3, 155-160. 6 réf.

L'auto-évaluation de la douleur est difficile chez la personne âgée, d'où l'utilité de disposer d'un outil d'hétéro-évaluation validé. L'échelle comportementale de la douleur, Doloplus 2, remplit les conditions statistiques de validation en gériatrie sur plus de 500 patients et 1000 dossiers. Sont abordés ici les résultats de l'étude de fiabilité.



## **■ Thérapeutiques**

### **Vulnérabilité du patient âgé douloureux chronique - pourquoi la reconnaître ?**

CAPRIZ (F.)

*DOULEURS*, 2022/04, vol. 23, n° 2, 60-65. 26 réf.

En vieillissant, la personne âgée douloureuse devient fréquemment vulnérable dans son expression pluridimensionnelle. La prise de conscience de certains prérequis, lors de la prise en charge algogériatrique, permet d'appréhender au mieux cette approche, tels que l'âgisme ambiant dans notre société occidentale qui freine l'écoute des plus âgés, la présence de maladies chroniques fréquemment douloureuses à cet âge rendant illisibles les douleurs plurielles, les difficultés de dépistage et d'évaluation dans le cadre des troubles neurocognitifs majeurs, véritables freins à l'approche des plus âgés. Des échelles d'hétéroévaluation validées existent pour seconder notre prise en charge, mais n'omettons pas de laisser la parole au patient quand c'est possible. Sur le plan thérapeutique, après un repérage des plus vulnérables selon les principes de l'évaluation gériatrique standardisée, l'approche multimodale de l'analgésie est volontiers applicable au sujet âgé, grâce à une interdisciplinarité et des approches thérapeutiques complémentaires. La prescription médicamenteuse chez nos aînés requiert cependant une attention particulière, du fait du risque de « cascade médicamenteuse », obligeant à naviguer entre les écueils que sont entre autre la polymédication, l'automédication, les modifications pharmacocinétiques en lien avec les insuffisances d'organe, les effets indésirables médicamenteux, la prescription de médicaments inappropriés et les galéniques inadaptées. En fait, il ne faut pas tant « moins prescrire » que « mieux prescrire » les antalgiques dans le grand âge, et inclure le patient âgé dans un parcours de soin qui lui soit accessible. Donnons du sens à la prise en charge antalgique multimodale en gériatrie et faisons de cette personne âgée, quel que soit son statut cognitif, un véritable partenaire de soin. C'est un changement de paradigme. © 2022 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

### **Traitements topiques et douleur neuropathique localisée chez la personne âgée.**

MOREL (Véronique) ; PICKERING (Gisèle)

*DOULEURS*, 2022/04, vol. 23, n° 2, 55-59. 40 réf.

Les avantages pharmacologiques d'un traitement local, par rapport à un traitement systémique, sont particulièrement intéressants pour les patients vulnérables et âgés. Les études chez l'adulte montrent l'efficacité de la lidocaïne 5 % et de la capsaïcine 8 % pour les douleurs neuropathiques localisées. Plus d'informations sur l'efficacité et la sécurité de ces molécules chez les personnes très âgées sont toutefois nécessaires, en particulier sur les effets à long terme. Ces études pourraient également ouvrir la voie au développement d'autres analgésiques topiques pour les personnes âgées qui sont particulièrement à risque de développer des douleurs neuropathiques et sont vulnérables dans un contexte de comorbidités et polymédication. © 2022 Published by Elsevier Masson SAS.

### **Consensus multidisciplinaire de l'intergroupe SFETD/SFGG sur l'utilisation des opioïdes dits faibles dans la prise en charge de la douleur chez la personne âgée.**

PICKERING (G.) ; CAPRIZ (F.) ; MOREL (V.) ; et al.

*DOULEUR ET ANALGESIE*, 2021/12, vol. 34, n° 4, 247-259, tabl. 113 réf.

Récemment, un consensus multidisciplinaire d'experts issus de plusieurs sociétés savantes en douleur et gériatrie a été publié, dans le but de proposer des recommandations d'utilisation des antalgiques chez la personne âgée, récentes et adaptées à l'évolution des pratiques et des connaissances neurophysiologiques, pharmacologiques et de la prise en considération de la dimension psychologique de la douleur au sein de cette population. Par l'intermédiaire de ce deuxième consensus d'experts, nous proposons des recommandations spécifiques quant à l'utilisation des opioïdes faibles dans la prise en charge de la douleur du sujet âgé, prise en charge qui demeure encore à ce jour limitée et pas toujours adaptée face à l'hétérogénéité de cette population. (Extrait du texte).

### **Le cathéter périmerveux à domicile chez les personnes âgées : place dans le traitement de la douleur chronique.**

BURES (Eric)

*DOULEURS*, 2021/11-12, vol. 22, n° 5-6, 207-212. 39 réf.

Si l'espérance de vie augmente en France (82,5 ans en moyenne), l'espérance de vie en bonne santé est d'environ 20 ans de moins. Ces chiffres sont stables depuis 10 ans. Le vieillissement est un processus naturel qui s'accompagne de douleurs chroniques ou aiguës, ayant un retentissement sur la qualité de vie. La population âgée présente des situations variables en matière de santé, mais dont la douleur est souvent une constante. La douleur physique altère la qualité de vie et peut modifier un état général souvent précaire. De plus, l'âge est à l'origine de changements physiologiques et psychologiques. Des changements pharmacocinétiques et pharmacodynamiques compliquent l'utilisation de certains médicaments antalgiques. L'âge est aussi confronté à la maladie cancéreuse où la douleur est omniprésente. Certaines pathologies, comme le diabète et l'artérite, sont à l'origine de lésions cutanées des membres inférieurs. Enfin, la polymédication des personnes âgées, liée à la multiplication des pathologies du vieillissement, complique leur prise en charge. L'anesthésie locorégionale à visée analgésique, par cathéter périmerveux de longue durée, permet un soulagement puissant et efficace de la douleur, sans interférer avec les autres médicaments. Elle s'adapte aux modifications physiologiques du vieillissement. Elle permet aux soignants de faire des pansements sans douleur, améliorant ainsi la qualité des soins et la qualité de vie des patients. La suppression des réseaux de santé en 2019 nécessite l'intervention de prestataires de santé. Malgré leur efficacité et leur innocuité, ces techniques sont encore confidentielles à domicile du fait d'une législation en retard. © 2021 Elsevier Masson SAS

### **Approches non médicamenteuses sensorielles et démence. Aide à la prise en charge des troubles du comportement en unité de psychiatrie de l'âge avancé.**

MEUNIER (Valérie) ; BIZZOZZERO FOLETTI (Tosca)

*REVUE MEDICALE SUISSE*, 2021/06, vol. 17, n° 744, 1225-1228, fig. 7 réf.

La prise en charge des résidents avec symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD) s'avère être souvent difficile ; pour y faire face, des médicaments psychotropes sont fréquemment prescrits. Compte tenu des multiples effets secondaires possibles et de leur efficacité limitée, des alternatives doivent être envisagées. Nous avons voulu tester et comparer l'efficacité de 2 approches non médicamenteuses dans la prise en charge des résidents atteints d'une démence avec SCPD de type agitation, anxiété, troubles du sommeil ou douleurs et vérifier si elles permettent de réduire le recours aux médicaments psychotropes. (R.A.).

### **Quelles données sur la prise en charge médicamenteuse de la douleur neuropathique chez la personne âgée fragile ?**

PICKERING (Gisèle) ; DELORME (Claire) ; LANSAMAN (Thibaud) ; et al.

*REVUE DE GERIATRIE*, 2020/02, vol. 45, n° 2, 87-99, tabl., fig. 36 réf.

Les personnes âgées souffrent plus fréquemment de douleurs neuropathiques. Chez elles, notamment lorsqu'elles sont fragiles, la polyopathie et la polymédication, qui sont fréquentes, augmentent le risque d'effets indésirables et d'interactions médicamenteuses. La fragilité transforme la prise en charge des douleurs neuropathiques, déjà complexe, en un véritable challenge. Afin de guider les cliniciens dans leur pratique médicale, cet article analyse les données sur la prise en charge médicamenteuse (Pain management (Mesh)) des douleurs neuropathiques (Neuralgia (Mesh)) chez la personne âgée fragile (Frail Elderly (Mesh), Frail (mot libre), Frailty (mot libre), 6 80 ans (limite) publiées en français ou en anglais dans la littérature médicale (PubMed) ou issues des bases européenne et américaine de données d'essais cliniques. Les recommandations de prise en charge médicamenteuse de la douleur neuropathique périphérique chez la personne âgée fragile reposent sur des consensus d'experts et des recommandations internationales destinées aux personnes âgées. Les études cliniques incluant des personnes âgées ne tiennent pas compte de leur état de fragilité. La littérature médicale sur la prise en charge médicamenteuse de ces douleurs chez la personne âgée fragile est peu fournie. Des études spécifiques sont nécessaires pour guider le clinicien dans ses choix de traitement et pour suivre les patients, étant attendu qu'une prise en charge adaptée et réussie de la douleur neuropathique permettra d'éviter le basculement vers la dépendance. (R. A.).

### **Prise en soins de la douleur en EHPAD.**

BELFIHADJ (Keltoum)

*NPG : NEUROLOGIE - PSYCHIATRIE - GERIATRIE*, 2018, vol. 18, n° 106, 218-225. 51 réf.

La prévalence de la douleur augmente avec l'âge. Pour ces patients souvent fragiles, polyopathologiques et polymédiqués, l'évaluation du bénéfice/risque des traitements paraît primordiale. L'Organisation Mondiale de la Santé a établi une échelle d'utilisation des analgésiques. Le principe dominant étant que l'inefficacité d'un antalgique commande le passage au palier supérieur. Le but de notre travail était d'étudier la place accordée aux antalgiques de palier II par les médecins exerçant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dans la stratégie thérapeutique d'une douleur nociceptive. Nous avons réalisé une étude observationnelle, déclarative, descriptive, qualitative et quantitative, à partir de questionnaires adressés par courriel à 77 médecins exerçant en EHPAD dans le département du Maine et Loire. Dix-huit pour cent des médecins (n =13) ont répondu. Les antalgiques de palier II étaient peu utilisés dans les EHPAD. Ils trouvaient leur place en troisième position bien après le paracétamol et les antalgiques de palier III. Le recours aux antalgiques de palier III à doses très faibles avec augmentation progressive était l'attitude la plus courante. Le motif principal de réticence quant à l'utilisation des antalgiques de palier II était leur mauvaise tolérance. L'antalgique de palier II privilégié était l'association paracétamol/poudre d'opium/caféine (Lamaline) pour 60 % des médecins qui les utilisaient, soit 46 % de l'ensemble des médecins ayant participé à l'étude. Une étude plus large pourrait permettre de se prononcer définitivement. © 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### **Consensus multidisciplinaire d'experts en douleur et gériatrie : utilisation des antalgiques dans la prise en charge de la douleur de la personne âgée (hors anesthésie).**

CAPRIZ (Françoise) ; CHAPIRO (Sylvie) ; DAVID (Laurence) ; et al.

*DOULEURS*, 2017/10, vol. 18, n° 5, 234-247, fig., tabl. 73 réf.

Synthèse des différents traitements antidouleur que l'on peut proposer aux personnes âgées en fonction de leur pathologie. Sont listés les différents types de traitement, les précautions à prendre, les recommandations pour leur utilisation.

### **Hypnose en gériatrie : un outil thérapeutique supplémentaire.**

BURLAUD (A.)

*NPG : NEUROLOGIE - PSYCHIATRIE - GERIATRIE*, 2013/12, n° 78, 317-320. 23 réf.

L'apport de l'imagerie fonctionnelle a permis d'accroître la légitimité de la pratique de l'hypnose dans de nombreuses spécialités. La gériatrie nécessitant une prise en charge globale du patient peut bénéficier des apports de ce nouvel outil thérapeutique, non médicamenteux. Si les études sont plus nombreuses dans le cadre de l'analgésie, le champ des symptômes accessibles à l'hypnose est vaste. Dans le cadre des atteintes neurodégénératives, la pratique devra être adaptée en fonction de chacun et permettrait un accompagnement supplémentaire des aidants. (R.A.).

### **MEOPA et sujet âgé : faisabilité et freins à son utilisation en institution.**

CAPRIZ (Françoise) ; ALBERGE (Marie-Claire) ; COUDERC (Anne-Laure)

*DOULEURS*, 2012/09, n° 4, 175-180, fig., ann. 13 réf.

Le gaz analgésique MEOPA est davantage utilisé dans les protocoles de prise en charge des douleurs liées aux soins dans les services de gériatrie. La sortie de la réserve hospitalière de ce médicament, effective depuis le début de l'année 2010, incite à étendre son usage aux EHPAD et USLD du fait de sa tolérance et de son efficacité. Nous avons analysé au travers d'un questionnaire les connaissances, les pratiques et les freins à son utilisation dans trois établissements d'hébergement pour personnes âgées de notre région qui en bénéficient déjà. L'analyse des données montre que tous les soignants ayant bénéficié de la « formation MEOPA » n'utilisent pas encore ce produit ; nous avons relevé des freins à son utilisation : besoins accrus de formation pratique, absence d'indication bien identifiée, absence de médecin formé sur place ou indisponibilité du MEOPA dans l'unité, craintes persistantes à son utilisation. Nous proposons d'encadrer la mise à disposition du MEOPA dans ces structures d'hébergement gériatrique par l'établissement de programmes de formations adaptés aux situations locales et régulièrement réactualisés, avec le soutien réel des institutions, étapes incontournables pour permettre le développement de nouveaux protocoles antalgiques en EHPAD. © 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### **Prise en charge des personnes âgées douloureuses.**

TREMBLAY NGUYEN (L.) ; NOUBLANCHE (S.) ; BARRE (J.) ; et al.

*REVUE DE GERIATRIE*, 2012/03, n° 3, 173-183, ann. 14 réf.

Le thème de la douleur est au centre des préoccupations soignantes. Dans le but d'harmoniser ses pratiques de prise en charge antalgique, un groupe de gériatres angevins a élaboré des recommandations en s'appuyant sur des données référencées et sur le partage d'expériences. Elles abordent le repérage de la douleur, son évaluation en insistant sur les particularités liées à l'âge et réalisent des propositions thérapeutiques adaptées aux modifications physiologiques et pharmacologiques liées à l'âge. (extrait R.A.).

### **Prescriptions de morphiniques en gériatrie.**

OUDJHANI (M.) ; HAMADACHE (A.) ; BOULEBCEL (K.) ; LAKROUN (S.) ; SAGNIER (P.)

*REVUE DE GERIATRIE*, 2012/03, n° 3, 205-208. 14 réf.

L'usage des morphiniques chez le sujet âgé a longtemps fait l'objet de réticences, alors que ce sont les traitements antalgiques les plus efficaces. L'objectif de l'étude était d'évaluer l'usage des morphiniques en gériatrie. Il s'agit d'une enquête un jour donné au sein d'un hôpital universitaire de gérontologie. Tous les traitements par morphiniques ont été analysés. Les auteurs ont estimé la prévalence des traitements par antalgiques en général et celle des morphiniques en particulier. Ils ont recherché l'étiologie de la douleur pour chaque traitement morphinique prescrit. Ils ont aussi relevé les effets secondaires observés et leur fréquence. (R.A.).

### **La sophrologie en gériatrie, une approche innovante pour diminuer la douleur et l'anxiété.**

TOCHEPORT (Pascale)

*SOINS*, 2012/03, n° 763, 16-20. 8 réf.

Aujourd'hui, on recommande de plus en plus d'utiliser des techniques non médicamenteuses. La sophrologie, méthode psychocorporelle associant le relâchement musculaire, la prise de conscience de la respiration et la pensée positive, conduit à la recherche d'un mieux être par l'intégration du schéma corporel. Elle engendre un 'lâcher prise' et contribue à soulager la souffrance, notamment auprès des personnes âgées en fin de vie. En conclusion de cet article présentant les origines de la sophrologie et les techniques utilisables, deux situations cliniques illustrent le propos de l'auteur.

### **Modalités de l'éducation et de l'accompagnement du patient envers l'usage des psychotropes dans une consultation de la douleur en gériatrie.**

GOMAS (J.M.) ; PETROGNANI (A.) ; TRIBOUT (D.) ; KNORRECK (F.) ; LAFFITTE (S.) ; SALES (E.)

*DOULEUR ET ANALGESIE*, 2011/12, n° 4, 207-213, tabl. 18 réf.

En consultation de la douleur chronique gériatrique, les difficultés de l'observance et de l'éducation du patient sont très dépendantes du contexte personnel et d'un éventuel déficit cognitif. À partir de l'expérience d'une consultation gériatrique en milieu urbain sont identifiées les principales exigences et difficultés pratiques pour impliquer le patient âgé douloureux chronique dans sa prise en charge globale. Que ce soit le patient lui-même, son information, le soutien de son entourage, le suivi médical en ville et avec les correspondants hospitaliers, différentes alternatives sont à organiser, à coordonner, à réévaluer en permanence. Quelques exemples d'organisation qui ont fait leurs preuves sont exposés, même si ces mesures sont notablement altérées par les dysfonctionnements du système de soins. (R. A.).

**Traitement de la douleur de la personne âgée par les opioïdes forts.**

VASSAL (P.) ; GONTHIER (R.)

*REVUE DE GERIATRIE*, 2010/06, vol. 35, n° 6, 393-407, tabl. ann. 70 réf.

Le traitement de la douleur de la personne âgée est une priorité de soin. Elle constitue même une situation d'urgence, car sa chronicisation retentit rapidement sur trois niveaux : le sujet âgé, les soignants et la famille ou les proches. La stratégie thérapeutique se construit en trois étapes : une prise en compte des modifications physiopathologiques et pharmacologiques liées à l'âge ; une analyse de la douleur ; une prescription structurée. Cette triple approche nosologique permet de prescrire correctement, sans crainte et à bon escient, les opioïdes forts chez une personne âgée. (extraits R.A.).

**La prise en charge des douleurs de la personne âgée. Intérêt des techniques non médicamenteuses.**

DE SOUSA (A.) ; CHATAP (G.)

*REVUE DE GERIATRIE*, 2007/10, vol. 32, n° 8, 613-621. 24 réf.

Les techniques antalgiques non médicamenteuses, encore largement méconnues et peu développées, sont particulièrement adaptées à la personne âgée douloureuse. Elles présentent peu de contre-indications et peuvent être une alternative ou un complément efficace à la médication systématique. Certaines techniques ont fait preuve de leur efficacité sur de nombreuses situations douloureuses, comme le massage, l'électrostimulation, la cryothérapie, la vibrothérapie ou encore la thérapie.

**Morphine et personnes âgées.**

JEAN (A.)

*REVUE DE GERIATRIE*, 2007/09, vol. 32, n° 7, 501-507. 16 réf.

Les situations en médecine gériatrique où l'on a recours à la morphine, sont fréquentes. Ce n'est pas l'étiologie de la douleur qui prévaut, mais son niveau d'intensité. En fin de vie, l'utilisation de la morphine est encore plus fréquente. Les indications de la morphine sont essentiellement les douleurs chroniques sévères par excès de nociception, d'origine cancéreuse ou non. Les douleurs neuropathiques sont elles généralement peu soulagées par la morphine. Les effets secondaires sont les mêmes que chez le sujet plus jeune mais surviennent plus aisément du fait de la fréquence des altérations cognitives, de la dénutrition, de l'altération de la fonction rénale et de la polymédication.

**Intérêt, limites d'utilisation et tolérance du mélange équimolaire protoxyde d'azote-oxygène pour les actes douloureux en gériatrie.**

BOZYIGIT (Ayhan) ; HACHED (Djohar) ; KIFFEL (Claire) ; et al.

*DOULEURS*, 2005/09, vol. 6, n° 4 Cah.1, 238-246. 20 réf.

En gériatrie, le souci de soulager les patients est omniprésent lors de la réalisation de soins et d'actes médicaux douloureux. Cependant les traitements antalgiques classiques présentent souvent des inconvénients chez ces patients polypathologiques et polymédicamentés. Cette étude porte sur une nouvelle méthode encore peu répandue en gériatrie : l'utilisation du mélange équimolaire de protoxyde d'azote-oxygène (MEOPA) au cours des gestes douloureux.

**Douleur chez le sujet âgé : 3ème partie : titration morphinique intraveineuse.**

LVOVSCHI (Virginie) ; AUBRUN (Frédéric) ; RIOU (Bruno)

*REPERES EN GERIATRIE*, 2005/06-07, n° 52, 249-256, fig. tabl. ann. réf. 1p.

Cet article est le dernier article d'une série de trois consacrée à la prise en charge de la douleur chez le sujet âgé. Il fait le point sur l'utilisation des morphiniques en hospitalier dans cette population. (R.A.).

**Douleur chez le sujet âgé : 2ème partie : la stratégie antalgique.**

LVOVSCHI (Virginie) ; AUBRUN (Frédéric) ; RIOU (Bruno)

*REPERES EN GERIATRIE*, 2005/05, n° 51, 204-214, fig. tabl. 37 réf.

Cet article fait suite à la mise au point théorique sur la douleur du sujet âgé et a pour objectif de proposer une conduite pratique thérapeutique adaptée à la personne âgée, à partir notamment, de l'expérience et de la pratique des services d'anesthésie réanimation et d'accueil des urgences. (R.A.).

**Prise en charge de la douleur chez la personne âgée.**

KIFFEL (C.) ; DAUCHOT (A.) ; SERRIE (A.)

*REVUE DE GERIATRIE*, 2004/09, vol. 29, n° 7, 515-525, tabl. 51 réf.

La prévalence de la douleur en gériatrie est d'autant plus importante que le patient est en institution ou en fin de vie. La reconnaissance de la douleur n'est pas toujours simple en gériatrie. La douleur retentit sur l'équipe, la famille. Les modifications de la pharmacocinétique et de la pharmacodynamique des antalgiques avec le vieillissement, l'apparition de fragilités liées à l'avancée en âge, permettent d'expliquer pourquoi recourir à certaines classes thérapeutiques par rapport à d'autres à éviter. Ainsi, les différentes molécules, utilisables dans le traitement de la douleur par excès de nociception ou neuropathique sont abordées avec leur spécificité gériatrique. Nous abordons enfin les problèmes des douleurs liées aux escarres et à leur soin (R.A.).

### **Prise en charge non médicamenteuse de la douleur. 2/2 Soins infirmiers - rééducation fonctionnelle et approches psychologiques et psychothérapeutiques.**

BERNARD (M.F.) ; CRESTIEN (F.) ; DE SOUSA (A.)

*SOINS GERONTOLOGIE*, 2004/03-04, n° 46, 30-35.

Soulager la douleur fait partie des missions du soignant. Au-delà des thérapeutiques médicamenteuses, les soignants ont à leur disposition tout un éventail de thérapeutiques non médicamenteuses pour y faire face le plus efficacement possible. Les soins infirmiers, la rééducation fonctionnelle ainsi que les approches psychologiques et psychothérapeutiques en font partie et participent au mieux-être des patients douloureux (introduction éditeur).

### **Prise en charge non médicamenteuse de la douleur. 1/2 Les thérapeutiques physiques.**

BERNARD (M.F.) ; CRESTIEN (F.) ; DE SOUSA (A.)

*SOINS GERONTOLOGIE*, 2004/01-02, n° 45, 30-34. 5 réf.

Au-delà des traitements médicamenteux, les soignants ont à leur disposition un large éventail de thérapeutiques non médicamenteuses pour prévenir et soulager la douleur. Les thérapeutiques physiques abordées ici telles le massage, la réflexologie plantaire ou encore les différentes techniques de physiothérapie, sont particulièrement utilisées dans les douleurs ostéo-articulaires, tendineuses et musculaires durables.

### **L'analgésie contrôlée par le patient âgé.**

MANN (C.) ; POUZERATTE (Y.) ; GINIES (P.)

*DOULEUR ET ANALGESIE*, 2002, vol. 15, n° 1, 63-66. 34 réf.

L'analgésie postopératoire contrôlée par le patient (ACP) est encore sous utilisée chez la personne âgée. Cette technique permet toutefois d'apporter une réponse efficace adaptée aux difficiles problèmes posés par la prise en charge de la douleur chez l'opéré âgé. D'une part le patient peut gérer lui-même le traitement de sa douleur. D'autre part l'ACP permet une titration continue des analgésiques. L'existence de troubles cognitifs préopératoires, éventualité fréquente chez les personnes âgées, contre-indique toutefois la mise en place d'une ACP. (Extrait du R.A.).

### **Traitement opioïde chez la personne âgée.**

SACHET (Annick) ; SEBAG LANOË (Renée)

*DOULEURS*, 2002/11, vol. 3, n° 5, 1S29-1S32. 25 réf.

Améliorer la prise en charge des états douloureux chroniques des patients âgés constitue un vrai défi qui concerne les gériatres mais aussi les médecins généralistes. Si cette amélioration doit passer par la prescription d'opioïdes majeurs, l'âge et l'étiologie bénigne de la douleur ne doivent aucunement la freiner. Savoir utiliser ces traitements à bon escient et avec un maximum d'efficacité et de sécurité demeure un impératif.

### **Les infirmier(e)s et la morphine : évaluation d'un protocole de gériatrie.**

ANSQUER (C.) ; MAROT (J.P.)

*REVUE DE GERIATRIE*, 2002/06, vol. 27, n° 6, 427-432. 17 réf.

L'équipe de médecine gériatrique du centre hospitalier de Saint-Nazaire a élaboré un protocole d'administration de morphine par voie sous-cutanée à la seringue électrique, autorisant les infirmier(ère)s diplômé(e)s d'Etat à modifier les doses en l'absence du médecin. La circulaire n° 99-84 du 11/02/1999 encourage et précise la mise en oeuvre de tels protocoles. C'est un outil qui vise à soulager la douleur du patient et à impliquer le médecin et l'I.D.E. dans cette prise en charge. Au terme de l'évaluation de ce protocole, il apparaît notamment que son utilisation doit se faire en prenant garde que la prise en charge de la douleur ne se résume pas à modifier des doses de morphine à la seringue électrique. Au contraire, la

responsabilisation et l'autonomisation de l'I.D.E. doivent conduire à une implication de tous et à une collégialité dans la prise en charge de la douleur du patient âgé. (Adapté du texte).

### **Douleur par excès de nociception du sujet âgé : protocoles thérapeutiques.**

ABADIE (M.) ; MICHEL LAENGH (N.) ; MOUSSA (H.) ; et al.

*REVUE DE GERIATRIE*, 2002/04, vol. 27, n° 4, 259-264. 4 réf.

La constatation d'une douleur chez un sujet âgé doit faire appel à une démarche d'évaluation protocolisée. Un traitement antalgique doit ensuite être mis en place. Le mécanisme physiologique de la douleur détermine le choix du traitement : - une douleur par excès de nociception fait appel aux antalgiques et aux coanalgésiques ; - une douleur par désafférentation ou neuropathique, fait appel aux antidépresseurs tricycliques et aux anticomitiaux. Antalgiques de palier I, II et III, coanalgésiques, puis antidépresseurs tricycliques et anticomitiaux sont présentés dans cinq tableaux différents.

### **Le traitement morphinique : indications et surveillance chez le sujet âgé.**

LEFEBVRE CHAPIRO (Sylvie)

*GERIATRIES*, 2002/01-02, n° 28, 22-24. 7 réf.

L'amélioration de la prise en charge de la douleur, notamment à la fin de la vie, passe par une bonne connaissance des indications et des règles de prescription des morphiniques, qui doivent être prescrits chez le sujet âgé dès que cela est nécessaire. (R.A.).

### **Le MEOPA, nouvelle technique antalgique en gériatrie.**

DOUILLARD (Véronique) ; D'AVIGNEAU (Jacques) ; CLEDAT (Yves)

*SOINS GERONTOLOGIE*, 2002/01-02, n° 33, 38-41. réf. bibl.

Dans le but d'utiliser un traitement antalgique adapté, maniable, efficace et le plus sécurisant possible, le mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote (MEOPA) est proposé aux patients âgés lors de la réalisation de gestes douloureux. L'acceptabilité et la bonne tolérance de cette technique, quels que soient les fonctions supérieures des patients âgés et le traitement en cours, encouragent à utiliser le MEOPA. Cette prescription est précisée et favorise le confort du patient sans entraver le soin prodigué. (R.A.).

### **Utilisation du mélange équimolaire oxygène - protoxyde d'azote pour les actes douloureux en gériatrie.**

DOUILLARD (Véronique) ; D'AVIGNEAU (Jacques) ; CLEDAT (Yves)

*REVUE DE GERIATRIE*, 2002/01, vol. 27, n° 1, 45-51. 24 réf.

Cet article rend compte de l'utilisation du MEOPA en gériatrie. Ce traitement ne peut être prescrit que dans la mesure où les contre-indications et les précautions de maniement du matériel sont respectées. Sa prescription reste médicale et son administration doit être réalisée par une équipe formée. Le MEOPA peut donc être considéré comme un outil supplémentaire dans la lutte contre la douleur, sachant que ni le traitement en cours, ni l'altération des fonctions supérieures, ne gênent son utilisation malgré son mode d'administration particulier. Si la disparition complète de la douleur n'est pas toujours obtenue, les soins deviennent supportables grâce à ce traitement, avec une sécurité d'emploi et une rapidité d'effet intéressantes.

### **La douleur en gériatrie : intérêt de l'approche psychomotrice.**

LHUIILLERY (Delphine) ; SARAUX (Agnès) ; GOUMAS (Jacques) ; LAUDET (Jean)

*DOULEURS*, 2001/06, vol. 2, n° 3, 125-129. 10 réf.

Malgré tous les efforts portés à l'évaluation de la douleur et sa prise en charge médicamenteuse chez la personne âgée, de nombreuses douleurs sont encore mal soulagées telles les douleurs chroniques, les douleurs neurogènes ou les douleurs déclenchées lors de certains gestes. Après avoir rappelé les particularités de la douleur en gériatrie, notre propos se portera sur l'intérêt de la psychomotricité en tant que thérapeutique non médicamenteuse. Le travail du psychomotricien est une approche complémentaire de la douleur à travers un regard spécifique sur le corps de la personne âgée. (R.A.).

### **Apports des thérapeutiques psychomotrices dans la prise en charge du sujet âgé douloureux.**

GOUMAS (Jacques) ; LE ROUX (Frédéric) ; PHAM QUANG (Long)

*INFO KARA*, 2001/01, n° 61, 15-26. 8 réf.

Les auteurs, psychomotriciens, amènent ici le regard qu'ils portent sur cette sensation corporelle particulière qu'est la douleur, et sur les modalités d'expression de celle-ci. Après avoir exposé leur grille d'analyse utile à l'évaluation, ils expliquent en quoi leur approche peut s'avérer bénéfique à l'égard des patients âgés douloureux. (R.A.).

**Améliorer les soins infirmiers potentiellement douloureux.**

GAUTIER (Isabelle) ; GEROFFROY (Béatrice) ; MALAQUIN PAVAN (Evelyne) ; et al.

*SOINS GERONTOLOGIE*, 2000/11-12, n° 26, 29-31. réf. bibl.

Certains soins infirmiers restent potentiellement douloureux malgré une prise en charge médicamenteuse de la douleur. L'équipe soignante de gérontologie de l'hôpital Corentin Celton (AP-HP) a réfléchi à une organisation du travail pour améliorer ces soins. Une réunion clinique avec tous les partenaires de soins analyse les gestes et postures du patient afin de cibler les moyens à mettre en oeuvre pour favoriser son confort. Une ensemble d'actions sont proposées et adaptées à chaque patient.

**■ Du diagnostic au traitement : articles synthétiques****La douleur n'est pas une fatalité.**

DELEENS (Rodrigue)

*DOULEURS*, 2020/07, vol. 21, Supp. 1 du n° 2, 519-522. 6 réf.

« 'La douleur n'est pas une fatalité » disent les intervenants de cette communication. - Il faut lutter contre les représentations stéréotypées de l'âge et proposer une prise en charge de la douleur aux personnes âgées qui en ont besoin ; - la médecine physique et de réadaptation peut soulager certaines douleurs comme la lombalgie ou le Syndrome douloureux régional complexe (SRDC) ; - la radiologie interventionnelle peut donner de bons résultats contre la douleur, notamment en cancérologie.

**Pourquoi un nouveau dossier sur les douleurs des personnes âgées en EHPAD ?**

HIRSCH (Godefroy)

*REVUE DE GERIATRIE*, 2020/03, vol. 45, n° 3, 131-132. 8 réf.

Les EHPAD accueillent maintenant des patients avec des profils médicaux de plus en plus complexes (pathologies neurologiques évoluées ou terminales, cancers en phase avancée, insuffisance d'organe très évoluée, etc.) et avec des atteintes de l'autonomie, des troubles des fonctions motrices ou cognitives qui impactent fortement la relation et les possibilités d'évaluer les douleurs. (Extrait de l'éditorial).

**La douleur dans les soins en EHPAD.**

CAPRIZ (Françoise)

*REVUE DE GERIATRIE*, 2020/03, vol. 45, n° 3, 147-152, tabl. 19 réf.

La douleur dans les soins se croise au quotidien dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) car, encore trop souvent négligée, elle ne fait pas souvent l'objet de prémédications antalgiques notamment pour les soins les plus courants. Il faut repenser les soins habituels, comme les plus complexes, en y intégrant une vision élargie des douleurs sur les plans sociétal et éthique, et sans doute mieux les évaluer, mieux les contrôler par une prise en charge multimodale et maîtriser le maniement des antalgiques afin d'optimiser le moment du soin. Au-delà d'un changement utile de paradigme, l'EHPAD doit intégrer sans doute, au travers de formations des personnels, une culture douleur à tous les niveaux de prise en charge, pour que les personnes âgées institutionnalisées ne restent plus les oubliées de la douleur dans leur vie de tous les jours. (R. A.).

**La douleur induite par les soins en EHPAD : le point de vue de l'infirmière.**

VALLORANI (Sandrine)

*REVUE DE GERIATRIE*, 2020/03, vol. 45, n° 3, 153-160, ann. 11 réf.

La douleur est fréquente chez la personne âgée. Elle peut être aiguë ou chronique mais aussi déclenchée par des actes ou soins réalisés par les soignants. Le rôle de l'infirmière et d'une équipe pluridisciplinaire est fondamental pour évaluer la douleur et apporter des solutions médicamenteuses ou non pour accompagner la personne âgée au quotidien en EHPAD. (R. A.).

**Expérience personnelle et recherches bibliographiques sur les douleurs chez la personne âgée en pratique gériatrique institutionnelle. [en ligne].**

PRADINES (Bernard)

Exposé sur les douleurs de la personne âgée constitué par B. Pradines, médecin gériatre. Ce dossier est intégré au site web de l'association Daniel Goutaine et fait l'objet d'une mise à jour régulière. Les différents points traités sont les suivants : - Définition et lexique de l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (IASP) ; - Types de douleurs ; - Particularités de la douleur chez la personne âgée ; - Epidémiologie ; - Signification ; - Obstacles à la prise en compte de la douleur chez l'âge ; - Evaluation de la douleur ; - Traitements ; - Un protocole pour un cas particulièrement fréquent : les soins d'escarre.

Disponible sur le site Albi Gériatrie <<http://www.geriatrie-albi.com/DGDOULEURexpose.htm>> (consulté le 11/08/2022)

### **Prise en charge des polyneuropathies sensitives chez la personne âgée.**

CISAROVSKY (Christophe) ; NGUYEN (Sylvain) ; VANNOTTI (Matthias) ; BULA (Christophe) ; KUNTZER (Thierry)

*REVUE MEDICALE SUISSE*, 2019/11, vol. 15, n° 670, 2039-2043, fig., tabl. 16 réf.

Les polyneuropathies sensitives sont observées chez environ 30 % des personnes âgées et sont potentiellement grevées d'une importante morbidité. Une approche systématique permet souvent un diagnostic étiologique : diabète, insuffisance rénale chronique, carences vitaminiques hydrosolubles, effets secondaires médicamenteux et consommation d'alcool en tête. L'avis neurologique est indiqué après un premier bilan négatif, en présence d'options thérapeutiques. Le traitement vise à corriger les étiologies lorsque cela est possible, à prévenir, stabiliser et soulager les symptômes, en particulier la douleur neuropathique, ainsi qu'à préserver la meilleure autonomie possible. (R.A.).

### **Patients âgés douloureux : démarche clinique infirmière et approches psychocorporelles.**

EL KHIARI (Isabelle)

*DOULEURS*, 2017/12, vol. 18, n° 6, 289-295, tabl. 13 réf.

La population française tend de plus à plus à recourir aux approches complémentaires de soins dans le cadre de la promotion et de la restauration de sa santé. Pour mieux répondre à cette demande, un nombre croissant de professionnels de santé (médecins, paramédicaux...) se forment aujourd'hui à ces approches psychocorporelles. Utilisées en complément des thérapeutiques conventionnelles, ces approches non médicamenteuses sont préconisées dans différents plans nationaux de santé, notamment dans le cadre de la prise en charge interdisciplinaire de la douleur. En effet, les intrications biopsychosociales et spirituelles des problématiques de santé, associées aux symptômes douloureux nécessitent fréquemment ces associations thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses dans l'objectif de restaurer l'autonomie du patient douloureux. Formée à ce type d'approches, l'infirmière clinicienne certifiée dispose d'une taxonomie internationale favorisant le raisonnement clinique, le choix de l'intervention non médicamenteuse à proposer, les modalités de mise en oeuvre et l'évaluation des résultats obtenus. Pour en illustrer les modalités opérationnelles, la situation clinique abordée reflète cette pratique dispensée en partenariat avec l'équipe pluriprofessionnelle. La description des éléments clés de la consultation infirmière dédiée à la mise en oeuvre de ces approches complémentaires met en exergue le rôle clé de la personne soignée, acteur de son parcours de soin. © 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

### **Prise en charge de la douleur du sujet âgé.**

VIGNON (Clémentine)

*REPERES EN GERIATRIE*, 2016/06, vol. 18, n° 146, 125-128, 3 fig. 6 réf.

Le forum Sanofi de l'antalgie, le 31 mai 2016, dédié à la prise en charge de la douleur chez le sujet âgé réunissait différents acteurs de cette thématique. Cet article fait le point sur le sujet, en prenant notamment appui sur les résultats d'une enquête Sanofi sur "le vécu et l'impact de la douleur chez les senior".

### **L'aromathérapie en hébergement pour personnes âgées dépendantes.**

BARRE (Lucille)

*SOINS*, 2015/07-08, n° 797, 10-12.

L'hôpital Pierre Delaroché de Clisson (44) utilise des huiles essentielles dans son organisation quotidienne, pour la prise en charge de la douleur et le développement des soins palliatifs. La mise en place de ce projet, dans les unités d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et de long séjour, a été le fruit d'un travail complexe réalisé en équipe pluridisciplinaire, en tenant compte des risques et réticences rencontrés. (RA)

### **Prévention des risques chez la personne âgée : 4/6 Prévention des douleurs induites. [Fiche].**

MALAQUIN PAVAN (Evelyne) ; VARLET BECU (Anaïs) ; VILTART (Valérie) ; et al.

*SOINS AIDES-SOIGNANTES*, 2015/07, n° 65, 31-32. 4 réf.

À tout âge, l'expérience de la douleur est un vécu complexe individuel. Dans le contexte polyopathologique et de dépendances physiques/psychiques, comprendre les phénomènes douloureux intriqués chez la personne âgée permet la mise en oeuvre de moyens appropriés pour traiter ces derniers. La vigilance soignante favorise leur identification précoce, prévenant et/ou limitant les risques sous-jacents de survenue ou d'aggravation. (R.A.).

### **La douleur chez le sujet âgé.**

DAMIER (Elodie)

*REPERES EN GERIATRIE*, 2015/01, n° 136, 18-21.

Cet article synthétise les interventions portant sur la douleur chez les personnes âgées, lors des 34èmes journées annuelles de la Société française de Gériatrie et Gérontologie (JASFGG) qui se sont tenues du 25 au 27 novembre 2014 à la Cité des Sciences de Paris. Il aborde les bonnes pratiques en termes d'évaluation et de prise en charge de la douleur, la douleur neuropathique et les douleurs liées aux soins.

### **Diagnostic et soins de la douleur des patients avec toilette au lit dans une unité de soins longue durée (Saint Stanislas).**

TALA (L.) ; TALA (S.) ; MANCIAUX (M.A.)

*REVUE FRANCOPHONE DE GERIATRIE ET DE GERONTOLOGIE*, 2014/03, n° 203, 88-95, tabl., fig. 14 réf.

La douleur est d'évaluation difficile chez les personnes âgées accueillies en institution et atteintes de pathologies multiples. Elle est pourtant fréquente et justifie l'utilisation d'outils validés ainsi que l'organisation de la prise en charge. (Extrait du R.A.)

### **Mutualisation d'un comité de lutte contre la douleur.**

MENECHIER (P.) ; SEIGNEUR (A.) ; MENECHIER-OSSIA (L.)

*SOINS GERONTOLOGIE*, 2012/01-02, n° 93, 9-12, tabl.

Le besoin essentiel de prendre en compte la douleur des personnes âgées est parfois difficile à mettre en oeuvre à l'échelle d'établissements de petite ou moyenne importance. La mise en commun et la mutualisation que peut proposer un comité partagé de lutte contre la douleur est une piste intéressante. Cet article décrit une expérience de ce type : un comité partagé de lutte contre la douleur (Clud) a été constitué à partir de 8 établissements sanitaires du groupement d'intérêts publics (GIP) Val-de-Saône en juin 2007. (R.A.).

### **Prise en charge de la douleur du sujet âgé admis au SAU.**

RAT (P.) ; BONIN GUILLAUME (S.) ; ATTARD (N.)

*REVUE DE GERIATRIE*, 2012/01, n° 1, 29-34, ann. réf. bibl.

La prise en charge de la douleur dans les services d'accueil des urgences (SAU) est très insuffisante chez le sujet âgé, avec des conséquences préjudiciables. En effet, la complexité du repérage puis de l'évaluation de l'intensité de la douleur chez les patients âgés gêne considérablement la qualité de la prise en charge. Lorsque le patient présente des troubles de la communication verbale, il est impératif de recourir à l'évaluation comportementale de la douleur à l'aide d'échelles d'hétéro évaluation. Ces dernières nécessitent cependant une formation pour une bonne appropriation par les équipes soignantes. La titration morphinique ne doit pas être récusée sous prétexte de l'âge, mais plutôt proposée en tenant compte de critères de vulnérabilité facilement utilisables en SAU. La prise en charge de la douleur des personnes âgées admises au SAU passe donc par l'implication de tous les professionnels de santé et la mise en place systématique de protocoles d'évaluation et de traitement en fonction des caractéristiques de cette population hautement vulnérable.

### **Intérêt de la balnéothérapie dans la prise en charge des douleurs chroniques chez le sujet âgé institutionnalisé.**

BALEINE (Julien) ; BARRIERE (Sophie) ; BOISSAIS (Hélène) ; et al.

*EVOLUTIONS PSYCHOMOTRICES*, 2011/10, n° 93, 152-158, fig., tabl. réf. bibl.

Les douleurs d'origine musculo-squelettiques sont fréquentes chez la personne âgée, et leur incidence augmente avec l'âge. La balnéothérapie est utilisée en EHPAD pour aider à soulager le sujet âgé. Cette observation sur 11 patients a mis en évidence une amélioration du bien-être des résidents et une réduction moyenne de la douleur ressentie de 13,3 points sur 100 sur l'échelle visuelle analogique, cependant

insuffisantes pour que les patients pensent pouvoir réduire leur prise de médicaments antalgiques. Les patients n'ont pas évoqué d'amélioration quantitative ou qualitative de leur sommeil. (R.A.).

### **L'anesthésie de la personne âgée.**

LAURENT (V.) ; ABBACK (P.S.) ; NZE OBIANG (P.C.) ; et al.

*SOINS GERONTOLOGIE*, 2011/01-02, n° 87, 29-32.

Le "péri-opératoire" du sujet âgé est grevé d'une morbidité et d'une mortalité importantes. L'âge chronologique et les comorbidités sont les premières causes de mortalité. L'anesthésie loco-régionale est pratiquée dans 50% des cas. En cas d'anesthésie générale, un monitoring invasif est la règle, avec titration des drogues et prise en charge de la douleur. Les dysfonctions cognitives ne sont pas liées à la technique anesthésique mais à l'âge. L'objectif est une réhabilitation précoce passant peut-être par l'ambulatoire. (R.A.).

### **Congrès de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur. Morceaux choisis.**

BODIN (M.)

*REPERES EN GERIATRIE*, 2011/01, n° 105, 21-24. 8 réf.

Les phénomènes douloureux accompagnent presque constamment les syndromes rhumatologiques. Gériatres et rhumatologues ont en commun l'âge moyen de leurs patients. La douleur n'a pas d'âge, et l'essentiel est de la prendre en charge. Ce dossier aborde : la douleur et le sujet âgé, les douleurs neuropathiques, les lombalgies chroniques... (R.A.).

### **Douleur et personne âgée.**

BEROUD (Françoise)

*DOULEURS*, 2010/10, vol. 11, n° 5, 258-265, fig. 26 réf.

Présentation des publications de l'Institut UPSA de la douleur sur le thème "Douleur et personne âgée" et commentaires de cette thématique.

### **Détecter la douleur chez la personne âgée, un exercice difficile.**

GUIMELCHAIN BONNET (Michèle)

*AIDE SOIGNANTE (L')*, 2009/03, n° 105, 9-10. 2 réf.

La douleur est toujours à considérer comme un signe d'alerte mais la détecter chez la personne âgée est parfois bien difficile pour les soignants. En effet, bien souvent c'est la personne elle-même qui aura des difficultés à percevoir la douleur et ceci pour de multiples raisons. Cet article recense ces situations dans lesquelles la personne âgée n'est pas en mesure d'évoquer une douleur inhabituelle : indifférenciation par rapport à des douleurs chroniques, vieillissements cérébral et sensoriel émoussant les ressentis corporels, traitement masquant la douleur, difficulté de localisation de celle-ci... L'écoute et l'observation de la personne âgée peut permettre de pallier ces déficits d'appréciation.

### **Vaincre au mieux la douleur chez le sujet âgé.**

TIRAPO (Catherine), coor.

*REVUE DE L'INFIRMIERE*, 2008/07, n° 142, 33-35. réf. bibl.

Si la prise en charge de la douleur chez le sujet âgé requiert traitement médicamenteux, soins relationnels et savoir-être, les équipes soignantes cherchent à se perfectionner en partageant leurs expériences ou en dressant des grilles d'évaluation les plus précises possibles. Expérience de terrain au Groupe hospitalier Sainte-Périne Chardon-Lagache Rossini (AP-HP, Paris 75).

### **Sujet âgé non-communicant.**

BELBACHIR (A.)

Chapitre extrait du Congrès national d'anesthésie et de réanimation 2007 : - conférences d'actualisation - les essentiels - médecine d'urgence - évaluation et traitement de la douleur. 2007, 641-651, tabl. ann. 29 réf.

Il existe un manque de connaissances et de reconnaissance de la douleur et de ses spécificités gériatriques. Ce texte porte plus particulièrement sur le sujet non communicant. Les aspects suivants sont abordés : - Définition, épidémiologie - Physiopathologie - Prise en charge de la douleur.

**"Vers un milieu de vie sans douleur". Une équipe se mobilise et se donne les moyens de la clinique pour soulager et combattre la douleur des personnes âgées en EMS.**

METRAILLER (Alain) ; VOCAT (Apoline) ; EPINEY (Anna) ; et al.

*INFO KARA*, 2007, n° 3, 63-67, fig. tabl. ann. 10 réf.

La prévalence de la douleur chez la personne âgée vivant à domicile ou dans les établissements médico-sociaux (EMS) est très grande et ceci malgré les moyens médicaux qui sont bien connus et dont l'efficacité est prouvée. Depuis plusieurs années, l'association "Ensemble contre la douleur" mène des campagnes, dont l'une d'elles, "Vers un milieu de vie sans douleur" porte sur la prise en considération et le soulagement de toutes les formes de douleur dans les EMS. En suivant le protocole de cette association, nous avons mené une campagne dans notre EMS, sur une période de 3 ans, qui porte d'une part sur une approche clinique de la douleur et d'autre part sur la consommation d'antalgiques et de neuroleptiques. L'évaluation de la douleur a été réalisée grâce aux questionnaires d'hétéro évaluation, par le personnel soignant, chaque fois que des modifications du comportement d'un résident ont été observées. Puis le score de l'évaluation a été analysé avec les médecins traitants et le traitement antalgique adapté en conséquence. Chaque semaine, la consommation des antalgiques de tous les résidents a été relevée. En fin d'année nous avons établi la consommation annuelle des neuroleptiques.

**La prise en charge de la douleur chez les personnes âgées vivant à domicile. [en ligne].**

ALBEROLA (Elodie) ; MARESCA (Bruno)

*ETUDES ET RESULTATS*, 2007/04, n° 566, 8p.

La douleur est un phénomène très présent chez les personnes âgées. Cependant, hormis les moments de douleur intense, elles sollicitent très peu les soignants et craignent les médicaments qui les rendraient passives. En effet, bien que signe certain de l'âge, la douleur est avant tout ressentie comme preuve de vie. Aussi, les médecins éprouvent des difficultés à interpréter ce silence et à évaluer l'intensité de la douleur. En outre, il y a souvent des divergences d'appréciation du phénomène douloureux entre médecins et infirmiers, plus proches des patients par leurs pratiques. Les personnes âgées ont tendance à banaliser leur douleur en utilisant les antalgiques de base, évitant certaines médicaments par crainte d'effets secondaires gênants. Le plus important pour elles est de garder une part d'autonomie et de se maintenir à domicile.

Disponible sur

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-prise-en-charge-de-la-douleur-chez-les-personnes-agees-vivant-0>(consulté le 11/08/2022)

**Des binômes infirmiers/aides-soignants référents douleur en gériatrie.**

BALTHAZARD (P.)

*SOINS GERONTOLOGIE*, 2007/01-02, n° 63, 34-35.

Des binômes infirmiers/aides-soignants référents douleur ont été mis en place au sein de cinq unités fonctionnelles du pôle gériatrie du CHRU de Montpellier. Leur rôle de conseil, de sensibilisation auprès de leurs collègues, de relais auprès du groupe de pilotage mais aussi d'éducation envers les patients et leurs familles contribue à une meilleure évaluation et prise en charge de la douleur au sein du pôle.

**Prévenir la douleur provoquée par les soins chez le sujet âgé.**

THIBAUT (P.)

*SOINS GERONTOLOGIE*, 2007/01-02, n° 63, 37-39.

Depuis le second plan de lutte contre la douleur 2002-2005, la douleur provoquée par les soins a acquis une place spécifique. Elle peut en effet être largement évitée à condition d'être reconnue par les professionnels de santé qui doivent mettre en oeuvre les moyens de la prévenir. Les personnels infirmiers ont un rôle primordial à jouer dans ce domaine d'amélioration de la qualité des soins.

**Prise en charge de la douleur dans une démarche institutionnelle : "Intérêt d'un groupe douleur au sein d'un hôpital gériatrique".**

GIRES (C.)

*REVUE DE GERIATRIE*, 2006/09, vol. 31, n° 7, 497-504, tabl. ann. réf. bibl.

Paradoxe s'il en est, la douleur qui est si fréquente en gériatrie, y est aussi particulièrement méconnue et sous-estimée, donc trop souvent peu ou pas soulagée. Pour essayer de contourner les obstacles liés à la personne âgée elle-même et aussi à l'institution, l'hôpital gériatrique les Bateliers de Lille a mis en place depuis 1999 une démarche visant à développer une politique "contre la douleur". Pour cela, un groupe pluridisciplinaire a vu le jour. Il se composait de 13 IDE de jour, 2 IDE de nuit, 5 AS et ASH, 2 kinésithérapeutes ou ergothérapeutes, 2 surveillantes, 6 médecins, d'agents administratifs et de membres de

droit (le directeur, la surveillante générale, les deux professeurs). Le rôle majeur du groupe repose sur la sensibilisation du personnel à l'évaluation de la douleur chez les sujets âgés qu'ils soient communicants ou non. Par exemple, une enquête a eu lieu auprès du personnel sur la prise en charge de la douleur. Diverses actions de sensibilisation du personnel ont ensuite eu lieu. Une plaquette d'information pour les patients et leur famille concernant les morphiniques a été distribuée.

### **Les douleurs aiguës de la personne âgée.**

Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. (A.P.-H.P.). Hôpital Emile Roux. Groupe douleurs aiguës de la personne âgée. Limeil-Brevannes. FRA

Rueil-Malmaison : Groupe Liaisons, 2005, 95p, phot. ill. ann. réf. 1p.

La première partie de l'ouvrage décrit les outils retenus dans le cadre de l'évaluation de l'intensité douloureuse, et en donne les modalités d'utilisation ; il y est également décrit les modalités de surveillance du patient sous antalgique. La seconde, explique l'importance des traitements physiques de la douleur, qui peuvent permettre de limiter le recours aux antalgiques, sur les patients fragiles et déjà polymédicamentés. La troisième partie rappelle de façon synthétique la pharmacologie des principaux médicaments retenus. Enfin, dans la dernière partie, les différents protocoles antalgiques sont présentés. (Tiré du texte).

Cote : MED 6.3 ASS

### **Colloque du 24 mars 2005 : douleur et personnes âgées : repérer, évaluer, organiser une prise en charge de qualité. [en ligne].**

Société Française de Gériatrie et Gérontologie. (S.F.G.G.). Paris. FRA ; Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. (S.F.E.T.D.). FRA

REVUE DE GERIATRIE, 2005/06, vol. 30, suppl. C n° 6, C1-C41, graph. tabl. réf. bibl.

Ce fascicule regroupe les contributions ayant été présentées lors du colloque du 24 mars 2005 autour du thème "Douleur et personnes âgées". Une première partie propose un état des lieux des connaissances sur ce sujet. Une seconde partie porte sur la structuration et l'organisation de la prise en charge des patients âgés douloureux.

Disponible sur le site du ministère des Solidarités et de la Santé

<[http://www.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Revue\\_geriatrie\\_-\\_douleur\\_et\\_personnes\\_agees\\_-\\_colloque\\_240305.pdf](http://www.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Revue_geriatrie_-_douleur_et_personnes_agees_-_colloque_240305.pdf)>

(consulté le 11/08/2022)

### **Douleur chez le sujet âgé : 1ère partie : bases physiologiques et données épidémiologiques.**

LVOVSCHI (Virginie) ; AUBRUN (Frédéric) ; RIOU (Bruno)

REPERES EN GERIATRIE, 2005/04, n° 50, 151-155, fig. 18 réf.

Parce que la population vieillit et que les besoins propres à cette population ne cessent d'augmenter, il est urgent de faire de la prise en charge de la douleur chez le sujet âgé une priorité de santé publique. Cet article est le premier d'une série de trois, consacrée à la prise en charge de la douleur en gériatrie. (R.A.).

### **Personnes âgées : soulager leur douleur.**

IVALDI (Carole)

INFIRMIERE MAGAZINE (L'), 2005/01, n° 201, 14-.

Point sur un colloque du 30 novembre 2004 sur la prise en charge de la douleur chez la personne âgée. Le vécu du soignant est évoqué.

### **Evaluation de l'intérêt d'une nouvelle plaquette d'information sur la douleur en gériatrie et ses implications.**

LHUILLERY (Delphine) ; GOUMAS (Jacques) ; BOILLEY (Aude) ; LAUDET (Jean)

DOULEURS, 2004/02, vol. 5, n° 1, 9-15. 5 réf.

Cet article nous présente l'impact d'une plaquette d'information sur la douleur, recherchant à apporter au lecteur une idée plus synthétique, éducative et gériatrique sur ce sujet.

### **Douleur et... sujet âgé.**

LEFEBVRE CHAPIRO (Sylvie)

Paris : Phase 5, 2003, 47p. 37 réf.

La prise en charge de la douleur dans le grand âge présente un certain nombre de spécificités en termes de pathologies responsables, d'évaluation et de traitement que l'auteur développe dans cet ouvrage. (Tiré de l'introd.).

Cote : MED 6.3 LEF

### Traitement de la douleur chez les personnes âgées.

SEBAG LANOE (R.)

La douleur en pratique quotidienne : diagnostic et traitements, Paris : Arnette, 2003, 2e édition, 571-586. 35 réf.

Si la littérature spécialisée ne consacre qu'une infime partie de ses écrits à la douleur des personnes âgées, ce phénomène est très présent et demande une prise en charge spécifique et individualisée. Ce chapitre sur la douleur de la personne âgée aborde la perception de la douleur, son évaluation, les conséquences. La stratégie thérapeutique peut être délicate à abordée : ses effets sur la personne âgée peuvent avoir pour conséquence de nouvelles douleurs d'origine iatrogène. L'auteur propose une typologie non exhaustive des thérapeutiques médicamenteuses pouvant être utilisées.

### Dossier : la douleur du sujet âgé.

SEBAG LANOE (R.) ; LEFEBVRE CHAPIRO (S.) ; TRIVALLE (C.)

NPG : NEUROLOGIE - PSYCHIATRIE - GERIATRIE, 2003/11-12, n° 18, 4-23, tabl. réf. bibl.

Méconnue, oubliée, passée sous silence dans la littérature pendant de longues années, la douleur gériatrique reste encore un domaine trop souvent mal connu, négligé, voire méprisé. Et ce, alors même qu'on connaît de plus en plus les conséquences de la douleur non soulagée sur les personnes âgées (anorexie, insomnie, immobilisation, perte d'autonomie...) et sur leur entourage (souffrance, épuisement...). Ce dossier analyse les points suivants : - soulager la douleur des personnes âgées, - l'évaluation de la douleur, - le traitement des douleurs nociceptives, - le traitement des douleurs neurogènes, - la pharmacocinétique des antalgiques chez le sujet âgé.

### Douleurs chez les personnes âgées : quelques spécificités.

WARY (Bernard)

DOULEURS, 2003/10, vol. 4, n° 5 - cahier 2, 2S9-2S11. 10 réf.

Nous savons depuis plusieurs années que les femmes et les hommes âgés souffrent autant que les autres, mais il faut bien reconnaître que leur douleur est encore sous-évaluée et sous-traitée, notamment par préjugés et méconnaissances des modifications pharmacologiques liées au vieillissement. Pourtant, il existe aujourd'hui des outils d'évaluation et des protocoles de traitement validés, malheureusement encore sous-utilisés. Commentaires.

### La douleur des femmes et des hommes âgés.

SEBAG LANOE (Renée) ; WARY (Bernard) ; MISCHLICH (Danièle)

KOUCHNER (Bernard), préf.

Paris : Masson, 2002, 324p. réf. bibl.

En 2020, la France comptera 6 millions de personnes âgées de plus de 75 ans et 2,1 millions de plus de 85 ans. Derrière ces chiffres optimistes se dissimulent des données déterminantes pour le devenir du système de santé. L'inéluctabilité du vieillissement de la population constitue, en effet, l'élément majeur des évolutions prévisibles de la morbidité. Il explique notamment le poids croissant pour les années à venir des maladies dégénératives et invalidantes, sources fréquentes de douleurs aiguës et chroniques. Or, paradoxalement, la douleur de la personne âgée reste sous-estimée, sinon méconnue, traitée insuffisamment ou de façon inadaptée. Au regard de cette situation, cet ouvrage aborde de façon transversale et globale, la douleur des femmes et des hommes âgés. (Extrait R.A.).

Cote : MED 6.3 SEB

### Douleurs chez les personnes âgées.

WARY (Bernard)

DOULEURS, 2002/11, vol. 3, n° 5, 207-209. 10 réf.

La prévalence de la douleur augmente avec l'âge, mais les préjugés, les difficultés d'évaluation et l'inadaptation des traitements restent trop fréquents. Les liens entre douleur et souffrance doivent être également explorés. (R.A.).

**Douleur et vieillissement.**

SERRA (E.) ; DE BONVILLE (P.) ; CAFFORT DUPERRIER (C.) ; et al.  
*SOINS GERONTOLOGIE*, 2002/09-10, n° 37, 17-29. réf. bibli.

Ce dossier est consacré à la douleur chez les personnes âgées. Composé de trois articles, il fait le point sur la prise en charge de la douleur par les soignants, sur les moyens d'évaluation et de traitement, sur les aspects cliniques. Il présente également un protocole douleur.

**Démarche "vers un hôpital sans douleur" en gériatrie : bilan de trois ans d'expérience du Centre Hospitalier de Mâcon.**

ALIX (J.L.) ; MASSON (F.) ; POTTIER (M.C.) ; PFITZENMEYER (P.)  
*REVUE DE GERIATRIE*, 2000/12, vol. 25, n° 25, 743-748. 11 réf.

La prise en charge de la douleur reste un problème mal résolu dans les hôpitaux. Elle apparaît entravée par des phénomènes de déni et de résistance tant au niveau des patients que des soignants. Afin d'améliorer cette situation, les équipes de l'Hôpital Saint Luc à Montréal ont élaboré en 1993 une méthode qui associait de manière simultanée une information de l'ensemble des professionnels et du public : patients et famille. Cet article présente cette démarche et son impact durant 3 années suivant sa mise en oeuvre.

**■ Pathologies et polyopathologies - Souffrance morale****La lombalgie chronique, une pathologie très fréquente au fort retentissement.**

FRANCES (Pierre) ; TALL (Aïda) ; ABOKASSEM (Soleiman) ; et al.  
*AIDE SOIGNANTE (L')*, 2022/03, n° 235, 22-25. 12 réf.

Les lombalgies sont une plainte fréquente. Au regard de leur retentissement personnel et professionnel, il importe d'en rechercher l'origine pour apporter une réponse adaptée à la douleur. Chez le sujet actif, la lombalgie peut provenir d'un accident du travail ou d'une fibromyalgie. Chez la personne âgée, une arthrose, le syndrome trophostatique de la postménopause, une fracture ostéoporotique, voire des tumeurs peuvent être mis en cause. (R.A.). © 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Douleur chronique et État de Stress Post-Traumatique chez la personne âgée.**

DELRUE (Nicolas) ; PLAGNOL (Arnaud)  
*ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES*, 2016/06, vol. 174, n° 5, 331-337, tabl. 40 réf.

Des travaux récents mettent en évidence l'existence fréquente de plaintes somatiques co-morbides lors d'États de Stress Post-Traumatique avec des facteurs de maintien similaires pour les deux entités. Cependant, concernant le sujet âgé, les données disponibles sont très restreintes. Nous proposons l'hypothèse que les douleurs chroniques présentées par les sujets âgés institutionnalisés peuvent révéler un État de Stress Post-Traumatique. Nous vérifions la pertinence de cette hypothèse chez cinq sujets âgés douloureux féminins récemment entrés en institution. Dans ces cinq situations, la douleur chronique s'avère être en lien avec la réactivation d'un traumatisme ancien ou l'impact d'un traumatisme récent. De plus, un protocole thérapeutique bref fait régresser tant la douleur que l'État de Stress Post-Traumatique. Nos résultats invitent à rechercher systématiquement une telle pathologie lors de douleurs somatiques chez une personne âgée entrée en institution. (R.A.). © 2016 Publié par Elsevier Masson SAS.

**Effects of Adding an Internet-Based Pain Coping Skills Training Protocol to a Standardized Education and Exercise Program for People With Persistent Hip Pain (HOPE Trial): Randomized Controlled Trial Protocol.**

BENNELL (Kim L.) ; RINI (Christine) ; KEEFE (Francis) ; et al.  
*PHYSICAL THERAPY*, 2015/10, vol. 95, n° 10, 1408-1422, fig., tabl. 50 réf.

BACKGROUND: Persistent hip pain in older people is usually due to hip osteoarthritis (OA), a major cause of pain, disability, and psychological dysfunction. OBJECTIVE: The purpose of this study is to evaluate whether adding an Internet-based pain coping skills training (PCST) protocol to a standardized intervention of education followed by physical therapist-instructed home exercise leads to greater reductions in pain and improvements in function. DESIGN: An assessor-, therapist-, and participant-blinded randomized controlled trial will be conducted. SETTING: The study will be conducted in a community setting. PARTICIPANTS : The participants will be 142 people over 50 years of age with self-reported hip pain consistent with hip OA.

**INTERVENTION :** Participants will be randomly allocated to: (1) a control group receiving a 24-week standardized intervention comprising an 8-week Internet-based education package followed by 5 individual physical therapy exercise sessions plus home exercises (3 times weekly) or (2) a PCST group receiving an 8-week Internet-based PCST protocol in addition to the control intervention. **MEASUREMENTS:** Outcomes will be measured at baseline and 8, 24, and 52 weeks, with the primary time point at 24 weeks. Primary outcomes are hip pain on walking and self-reported physical function. Secondary outcomes include health-related quality-of-life, participant-perceived treatment response, self-efficacy for pain management and function, pain coping attempts, pain catastrophizing, and physical activity. Measurements of adherence, adverse events, use of health services, and process measures will be collected at 24 and 52 weeks. Cost-effectiveness will be assessed at 52 weeks. **LIMITATIONS:** A self-reported diagnosis of persistent hip pain will be used. **CONCLUSIONS:** The findings will help determine whether adding an Internet-based PCST protocol to standardized education and physical therapist-instructed home exercise is more effective than education and exercise alone for persistent hip pain. This study has the potential to guide clinical practice toward innovative modes of psychosocial health care provision. (R.A.). © 2015 American Physical Therapy Association.

### **Patients gériatriques insuffisants rénaux chroniques : quelle antalgie ?**

IONESCU (M.) ; HEMETT (O.M.) ; DESCOMBES (E.) ; BLONDEL (N.) ; HAYOZ (D.)

*REVUE MEDICALE SUISSE*, 2014/04, n° 425, 804-810, fig., tabl. 26 réf.

Première cause des consultations au cabinet, la douleur pose le problème de prescription des antalgiques chez les patients âgés, qui représentent plus de la moitié des consultations. Dans la population gériatrique, la prévalence de l'insuffisance rénale augmente exponentiellement avec l'âge, rendant l'élimination des médicaments et de leurs métabolites plus aléatoire. Quelle antalgie offrir à ces patients gériatriques insuffisants rénaux chroniques (PGIRC) ? L'idéal serait un médicament sans élimination rénale, sans métabolites toxiques et non néphrotoxique. En se basant sur la littérature, nous proposons une approche spécifique de l'antalgie chez les PGIRC afin d'aider les praticiens à mieux prescrire pour ce groupe de patients. (R.A.).

### **La prise en charge de la douleur dans les plaies chroniques.**

PASSADORI (Yves) ; GROG (Yann) ; SIRLIN (Xavier) ; SERAFIN FERRER (Mariel)

*REVUE DE GERIATRIE*, 2014/03, n° 3, 175-186, fig. 23 réf.

Les plaies chroniques sont fréquentes dans la population âgée que ce soit des escarres, des ulcères ou des plaies diabétiques. La douleur est souvent mal diagnostiquée notamment chez les personnes âgées qui présentent des troubles de la communication, alors qu'il existe des outils validés d'auto-évaluation ou d'hétéro-évaluation. La prise en charge passe par une évaluation correcte systématique de la douleur ainsi qu'un diagnostic rigoureux du type de douleur. Le traitement reste complexe, médicamenteux et non médicamenteux, visant tout d'abord à éviter les douleurs provoquées par les soins. © La Revue de Gériatrie.

### **Prévalence des migraines chez les personnes de plus de 75 ans institutionnalisées dans les EHPAD du Loir-et-Cher.**

DUBOIS (N.) ; LAFON (B.)

*REVUE DE GERIATRIE*, 2013/10, n° 8, 575-582, tabl., graph. 23 réf.

La migraine est une pathologie bien connue du sujet jeune, mais qui reste peu étudiée chez la personne âgée, et encore moins la personne âgée vivant en institution. Quelle est la prévalence de la migraine dans cette population ? Comment est-elle reconnue et prise en charge dans ces établissements et quel est son impact sur la vie quotidienne ? Nous avons tenté d'y répondre par une étude descriptive, menée de novembre 2009 à juin 2010, au sein de trois EHPAD du Loir-et-Cher. Nous avons utilisé un questionnaire réalisé à partir des critères IHS de la migraine et du HIT-6, test validé dans l'évaluation de l'impact de la migraine sur la vie quotidienne. Celui-ci a été présenté aux sujets de plus de 75 ans pouvant y répondre de façon cohérente. L'analyse des résultats donne une prévalence de la migraine de 7,3%, ce qui est sensiblement proche de ce que l'on retrouve à domicile. Les caractéristiques cliniques tendent à se modifier, les crises deviennent moins typiques et moins sévères avec l'âge. L'impact sur la vie quotidienne est modéré, bien que la moitié des praticiens référents ne semblent pas connaître cette douleur chez leurs patients ; ceux-ci ont tendance à s'auto-médiquer. La migraine concerne une part non négligeable des personnes institutionnalisées, qui s'en plaignent peu. Il faut donc savoir la rechercher, l'évaluer, la traiter en étant conscient de ses atypies dans cette tranche d'âge. (R.A.).

### **Dépression de la personne âgée en institution.**

THOMAS (P.) ; HAZIF THOMAS (C.)

*REVUE DE GERIATRIE*, 2013/03, n° 3, 207-216. 57 réf.

Les médecins intervenant sur les maisons de retraite sont souvent mal préparés aux diagnostics psychiatriques et à leur prise en charge. Les conséquences de la dépression non diagnostiquée et non traitée sont importantes. La dépression dans les institutions a un mauvais pronostic, avec des conséquences médicales, sociales et financières négatives. Les coûts financiers sont essentiellement supportés par les résidents, qui endurent de plus la douleur morale liée à la maladie dépressive, a fortiori lorsqu'ils incarnent un certain mal être pris dans une souffrance globale, synonyme d'un mal de vivre dont l'expression n'est pas sans renvoyer à la société l'écho de sa négligence et de son inattention. Celle-ci est d'autant plus cruelle qu'elle fait fi d'une défaillance bien particulière de ses aînés, assurément singulière quand elle touche à l'art de retraiter sa vie, opération existentielle qui attend pourtant chacun d'entre nous en tant qu'être avançant en âge et confronté à une mutation identitaire, passage obligé vers l'au-delà de la vie professionnelle. Seule la recherche épidémiologique utilisant des critères diagnostiques validés et une évaluation directe des résidents, couplés à une écoute en profondeur de l'être vieillissant, établiront l'ampleur exacte des besoins d'interventions auprès des patients déprimés dans les institutions. (Extrait R.A.).

### **Douleurs zostériennes : une prise en charge adaptée à la personne âgée.**

SCHMID (T.) ; PAUTEX (S.) ; LANG (P.O.)

*NPG : NEUROLOGIE - PSYCHIATRIE - GERIATRIE*, 2012/08, n° 70, 157-162. 27 réf.

L'initiation d'un traitement antiviral dans les 72 premières heures de l'éruption du zona est nécessaire pour réduire la sévérité des douleurs aiguës et la survenue des complications tardives. Son effet antalgique et préventif de la survenue des névralgies post-zostériennes (NPZ) reste cependant modeste. Plusieurs recommandations thérapeutiques ont été publiées pour la prise en charge des douleurs zostériennes, elles doivent néanmoins être considérées avec une très grande prudence chez des patients âgés, souvent fragiles, polyopathologiques et souvent déjà polymédiqués. (R.A.).

### **Douleurs zostériennes et post-zostériennes chez la personne âgée : analyse des évidences pour une prise en charge adaptée.**

SCHMID (T.) ; PAUTEX (S.) ; LANG (P.O.)

*REVUE MEDICALE SUISSE*, 2012/06, n° 347, 1374-1382, tabl. 91 réf.

Initiée à la phase aiguë, la prescription d'antiviraux a pour objectif de diminuer l'intensité de la névralgie aiguë (NA) et la survenue des complications tardives, notamment les névralgies post-zostériennes (NPZ). Leurs effets antalgique sur les NA et de prévention des NPZ restent par contre modestes. En l'absence de prévention vaccinale en Suisse et d'antiviraux plus efficaces, un traitement antalgique complémentaire est le plus souvent nécessaire. Cependant, l'utilisation de certaines molécules doit être considérée avec prudence, ce d'autant qu'il s'agit de patients âgés, fragiles, souvent polyopathologiques et déjà polymédiqués. A partir d'une analyse des évidences de la littérature, cet article présente les options thérapeutiques à disposition ainsi qu'un schéma de prise en charge thérapeutique des NA et des NPZ adapté à la population âgée. (R.A.).

### **Dépistage des douleurs neuropathiques de la personne âgée. Un diagnostic précoce permet une prise en charge optimale.**

BRESSON RAYNAUD (I.) ; CONSTANS (K.)

*REPERES EN GERIATRIE*, 2012/02, n° 115, 45-47. réf. bibl.

Les douleurs neuropathiques sont liées à une affection du système nerveux périphérique et/ou central. Leurs mécanismes sont complexes, leurs étiologies variées et leur symptomatologie atypique avec une intensité le plus souvent marquée et un retentissement notable sur les activités de la vie quotidienne. Elles sont fréquentes, estimées à 8% de la population générale, augmentent avec l'âge et se chronicisent volontiers. Pour autant, elles restent sous-diagnostiquées, en ville comme à l'hôpital, notamment chez la personne âgée. (R.A.).

### **La douleur comme symptôme de la dépression du sujet âgé.**

BOULDOIRES (T.) ; JACOLOT (C.)

*SOINS GERONTOLOGIE*, 2011/09-10, n° 91, 35-38.

La dépression de la personne âgée peut se manifester de manière atypique. Cet article décrit le cas de Mme Y., dont la douleur physique masquait une souffrance psychique liée à l'angoisse de la mort et de l'abandon. La prise en charge réalisée par une équipe multidisciplinaire a permis, grâce à une réflexion commune, de sortir de cette impasse pour construire un projet de soins cohérent. (R.A.).

**Douleurs chroniques chez les personnes âgées : dimensions psychologiques.**

ALLAZ (A.F.) ; CEDRASCHI (C.) ; RENTSCH (D.) ; CANUTO (A.)

*REVUE MEDICALE SUISSE*, 2011/06, n° 301, 1407-1410. 25 réf.

Les douleurs chroniques des personnes âgées nécessitent une prise en compte des comorbidités somatiques et des dimensions psychosociales. Elles représentent souvent un message de détresse adressé aux proches et aux soignants. Une souffrance personnelle ou un trouble de l'humeur peuvent se présenter sous la forme de plaintes douloureuses et d'une incapacité fonctionnelle parfois importante. La prise en charge thérapeutique s'adressera à la fonctionnalité par une approche valorisante visant à remobiliser les ressources des patients. Le traitement d'un état dépressif concomitant nécessitera un réel engagement du thérapeute. Ses bénéfices sont documentés chez les patients âgés. L'approche thérapeutique antalgique visera à restituer au patient un sentiment d'estime de soi et à l'aider à retrouver une meilleure qualité de vie. (R.A.).

**Quelle attitude devant une prothèse de hanche douloureuse ? Conduite à tenir.**

SIMON (F.)

*REPERES EN GERIATRIE*, 2010/11, vol. 12, n° 103, 290-291. réf. bibl.

La prothèse totale de hanche est une intervention efficace avec des reculs nettement supérieurs à 10 ans dans 80% des cas. La réapparition de la douleur interpelle et inquiète le patient. Le problème est rendu difficile par le fait que, souvent, l'indication a été posée et l'intervention faite à l'insu du médecin généraliste. Le patient, par ailleurs, peut ne pas se souvenir des détails de cette intervention parfois ancienne ! (R.A.).

**Evaluation du retentissement fonctionnel des lombosciatiques chroniques chez les sujets âgés en Tunisie.**

RAHALI KHACHLOUF (H.) ; HAMDOUN (S.) ; CHERIFI (J.) ; et al.

*JOURNAL DE READAPTATION MEDICALE*, 2010/06, vol. 30, n° 2, 49-55, tabl. 26 réf.

OBJECTIF. Étudier le retentissement fonctionnel des lombosciatiques chroniques chez le sujet âgé tunisien et déterminer les facteurs cliniques prédictifs de limitation de l'autonomie fonctionnelle. METHODES. Étude transversale concernant les malades tunisiens, âgés de 65 ans et plus, ayant une lombosciatique commune. Il a été réalisé une évaluation clinique précisant les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents personnels, les caractéristiques de la douleur, un examen statique et dynamique pelvirachidien, un bilan neuromusculaire et une évaluation fonctionnelle en utilisant l'échelle de mesure de l'indépendance fonctionnelle. RESULTATS. Cinquante patients dont 40 femmes, âgés en moyenne de 72 ans sont inclus et suivis. Le début est progressif pour tous les patients, avec une ancienneté moyenne des douleurs de 84 mois. L'intensité moyenne des douleurs lombaires est de 70/100 et des douleurs radiculaires de 63 sur l'EVA. Une claudication radiculaire est retrouvée chez 73 % des patients avec un périmètre de marche inférieur à 500m chez 85 % des patients. Un retentissement fonctionnel est retrouvé chez 84 % des patients avec une valeur moyenne de la mesure de l'indépendance fonctionnelle de 118 (96125). Les rubriques les plus touchées sont la locomotion (notamment l'utilisation des escaliers dans 90 %) et l'habillement de la partie inférieure du corps dans 80 %. CONCLUSION. Dans cette étude, la lombosciatique du sujet âgé touche surtout la femme, avec un âge de survenue plus précoce que celui des hommes. Les facteurs cliniques prédictifs de retentissement fonctionnel sont l'ancienneté et l'intensité des douleurs, ainsi que le syndrome rachidien et la raideur pelvirachidienne. Les domaines les plus touchés sont la marche et l'utilisation des escaliers avec une forte composante articulaire périphérique. © 2010 Elsevier Masson SAS.

**Constipation sous morphiniques du sujet âgé.**

HERVY (M.P.) ; GONZALEZ (B.) ; BRUNETTI (N.) ; RABIER (P.)

*REVUE DE GERIATRIE*, 2010/06, n° 6, 429-435, ann. 27 réf.

La constipation est quasiment systématique et tenace chez tous les patients sous traitement opioïdes, à fortiori quand ils sont âgés. Or la prescription de morphiniques est plus fréquente dans cette population, du fait de la prévalence de la douleur chronique qui altère la qualité de vie. Cet article rappelle d'abord la définition de la constipation. Propose ensuite une explication physiopathologique à ce symptôme lors de l'avance en âge. Pour aborder le problème spécifique de la constipation induite par les opiacés. La conduite à tenir est développée avec les modalités de surveillance du transit, les règles hygiéno-diététiques. Pour conclure sur les traitements spécifiques, y compris médicamenteux, qui doivent être réévalués et conformes aux recommandations de l'ANAES. Un arbre décisionnel est proposé en conformité avec les dernières recommandations de la Société de Soins Palliatifs. Ces informations permettent la poursuite du traitement antalgique nécessaire à la prise en charge de la douleur, dans le cadre d'un projet thérapeutique adapté qui évite l'inconfort lié à la constipation.

**Zona et névralgies postzostériennes de la personne âgée.**

LANG (P.O.) ; ZARATE LAGUNES (M.) ; PAUTEX (S.)

*REVUE MEDICALE SUISSE*, 2008/11, n° 178, 2398-2404, fig. rés. tabl. 33 réf.

Le virus de la varicelle-zona (VZV) est responsable de la varicelle et, par réactivation, du zona. Le zona est une éruption vésiculeuse, classiquement métamérique, qui confronte les patients âgés à des douleurs aiguës et à des complications dont la plus tardive, éprouvante et invalidante, est la névralgie postzostérienne. Les antiviraux systémiques actuels, initiés dans les 72 premières heures de l'éruption, limitent généralement la sévérité de l'éruption, les douleurs aiguës, mais non complètement la survenue des complications. Le recours à des thérapeutiques complémentaires est ainsi souvent nécessaire mais leur application, chez des sujets âgés fragiles, comorbides et polymédiqués, doit être soigneusement considérée. Un vaccin contre le VZV permet de réduire la morbidité liée au zona et à ses complications.

**Le zona et ses complications chez la personne âgée.**

DE WAZIERES (B.) ; PICKERING (G.) ; LAURENT (B.) ; SOUBEYRAND (B.)

*REPERES EN GERIATRIE*, 2007, vol. 9, Supp. n° 1, 14p, fig. ill. 18 réf.

La problématique principale du zona reste celle des névralgies post-zostériennes et de la perte de la qualité de vie qu'elles entraînent : incapacité physique, retrait social et détresse psychologique viennent souvent s'ajouter aux handicaps et pathologies déjà présents. Si le diagnostic de la douleur neuropathique est aisé, le traitement reste difficile. La vaccination constituerait un réel progrès thérapeutique chez les personnes âgées.

**La souffrance morale, une douleur trop souvent banalisée.**

FERRARI (A.)

*SOINS GERONTOLOGIE*, 2007/01-02, n° 63, 25-27.

La douleur morale chez la personne âgée, rarement exprimée de manière spontanée, et trop souvent banalisée, s'associe dans de nombreux cas à des syndromes dépressifs. Quelles pratiques les soignants peuvent-ils développer à domicile afin de prendre en charge la douleur morale chez les personnes en perte d'autonomie ?

**Evaluation et prise en charge de la douleur lors des soins d'escarres chez la personne âgée.**

VILLARD (M.L.)

*JUSQU'A LA MORT ACCOMPAGNER LA VIE*, 2006/12, n° 87, 49-51.

Les douleurs liées à la présence d'escarres sont difficiles à évaluer dans leur mécanisme et leur intensité. Leur traitement fait appel à toute la gamme des antalgiques, y compris dans certains cas à une anesthésie générale brève et à des anxiolytiques.

**Prise en charge de la douleur chronique chez la personne âgée.**

PAUTEX (Sophie) ; VOGT FERRIER (Nicole)

*REVUE MEDICALE SUISSE*, 2006/06/21, n° 71, 1629-1633, tabl. 19 réf.

La douleur chronique est très fréquente chez les personnes âgées et ses conséquences sont souvent graves. Plusieurs études ont montré que la douleur est dans bien des cas insuffisamment contrôlée chez les personnes âgées parce qu'elles ont tendance à banaliser la douleur, mais aussi parce que le personnel soignant sous-estime leur douleur. Tous les antalgiques sont utilisables chez la personne âgée à condition de commencer à de faibles doses en tenant compte de la fonction rénale et de la malnutrition, et de titrer ensuite l'augmentation des doses selon l'effet antalgique obtenu et les effets secondaires. Certaines autres particularités de la prise en charge de la douleur chronique chez les patients âgés seront décrites dans l'article.

**Pain and quality of life among older people with rheumatoid arthritis and/or osteoarthritis : a literature review.** Douleur et qualité de vie des personnes âgées souffrant de polyarthrite rhumatoïde et/ou d'arthrose : revue de littérature.

JAKOBSSON (Ulf) ; HALLBERG (Rahm Ingaliil)

*JOURNAL OF CLINICAL NURSING*, 2002/07, vol. 11, n° 4, 430-441. réf. 2p.

Le sujet principal de cette étude est d'étudier 17 articles traitant de la douleur chez des personnes âgées de 75 ans et plus, souffrant de polyarthrite rhumatoïde et/ou d'arthrose au regard de leur qualité de vie.

**La douleur arthrosique et sa prise en charge en gériatrie.**

DEBLOIS (P.)

*REVUE DE GERIATRIE*, 2001/06, vol. 26, n° 6, 469-482. 68 réf.

L'arthrose est un problème de santé publique et concerne la plupart des sujets âgés. Elle est révélée habituellement par une douleur mécanique et représente un grand pourvoyeur de douleur chronique dans la population âgée. Elle doit être authentifiée par l'examen et la radiographie. La douleur doit être traitée selon son intensité (évaluée par des échelles appropriées à l'état du malade), efficacement (de façon à éviter le passage à la chronicité, à préserver la fonction et l'autonomie et à améliorer la qualité de vie). Le traitement fait appel principalement aux antalgiques, aux anti-inflammatoires non stéroïdiens et aux infiltrations en cas de poussée, et à de nombreux traitements non médicamenteux physiques et psychologiques. (R.A.).



## ■ Douleur et démence

### **Personnes âgées non communicantes : une observation systémique de la douleur s'impose.**

BERTOSSI (Rachel) ; LUSCHER Béatrice) ; SCHWAB (Wanda)

*SOINS INFIRMIERS : KRANKENPFLEGE*, 2018/11/01, n° 11, 78-79.

La douleur chez la personne atteintes de démence est souvent prise en charge de manière insuffisante. Or, elle peut être la cause d'agitation et de troubles du comportement. Une échelle d'hétéro-évaluation permet d'observer les signes non verbaux de ces patients. (R.A.)

### **Utilisation du mélange équimolaire oxygène-;protoxyde d'azote (MEOPA) en gériatrie, chez le patient âgé dément. Résultats d'un protocole de recherche : programme « Soigner, Soulager, Accompagner ».**

CAPRIZ (F.) ; COUDERC (A.L.) ; SAKAROVITCH (C.) ; et al.

*DOULEURS*, 2015/12, vol. 16, n° 6, 282-291, tabl., fig. 18 réf.

Le MEOPA est une alternative aux bolus d'opioïdes dans les douleurs induites chez le sujet âgé du fait des difficultés de tolérance aux opiacés. Cette étude prospective souhaite évaluer si l'inhalation du MEOPA est facilement réalisable dans une population âgée démente, quelle que soit l'intensité de la démence. Soutenue par la Fondation de France, elle porte sur l'analyse de soins sous MEOPA en gériatrie au CHU de Nice chez 50 patients de plus de 75ans déments, après formation initiale des équipes soignantes. Résultats : Les patients déments inclus (en majorité de type mixte ou Alzheimer, dont 34 % de déments sévères, et 48 % modérés) sont tous polyopathologiques. L'âge moyen est de 87ans. Au total, 36 % ne présentent pas de douleur avant le soin, mais 20 % une douleur intense. La durée médiane d'administration du MEOPA est de 15minutes. Le maintien du masque est réalisé par le patient seul ou avec l'aide du soignant dans 58 % des cas, et par le soignant seul dans 42 % des cas. Le MEOPA est faisable (critère de jugement composite) dans 90 % des cas, avec seulement 4 cas d'agitation à l'application du masque. Aucun des effets secondaires décrits n'a entraîné l'arrêt du soin. Les soignants se sont déclarés « satisfaits » ou « partiellement satisfaits » par la technique pour 48 patients (96 %). Nous n'avons pas retrouvé chez les patients présentant une démence sévère plus d'effets secondaires. Discussion : Nous confirmons la bonne coopération des patients, mais soulevons des difficultés de contrôle de la douleur de fond. Nous affirmons l'intérêt de cette technique antalgique non invasive, sûre, qui satisfait les soignants, les patients et les aidants. Conclusion : Nous pouvons conclure à l'intérêt du MEOPA dans cette population âgée démente, ce qui favorise le travail en pluridisciplinarité. Le patient devient un partenaire du soin. Ainsi le regard porté sur la démence peut-il changer progressivement souvent confondue avec la douleur induite. © 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### **Douleur et démence dans les milieux de soins de longue durée.**

SAVOIE (Maryse L.) ; MISSON (Lucie) ; VERREAULT (René)

*PERSPECTIVE INFIRMIERE*, 2012/11-12, n° 6, 36-38. réf. bibl.

Une étude évalue un programme systématique de gestion de la douleur chez des résidents en soins de longue durée présentant des atteintes cognitives les empêchant de communiquer. Ce article nous en présente les résultats.

### **Physical inactivity in aging and dementia : a review of its relationship to pain.**

PLOOIJ (Bart) ; SCHERDER (Erik) ; EGGERMONT (Laura)

*JOURNAL OF CLINICAL NURSING*, 2012/11, n° 21-22, 3002-3008. Réf. 2p.

AIMS. The goal of this brief review is to address studies examining the relationship between physical inactivity and pain in aging and dementia. BACKGROUND. A decrease in the level of physical activity is characteristic of older persons, both with and without dementia. Passive behaviour is often considered to be part of the apathy frequently observed in patients with dementia, although it could also be a sign of pain. DESIGN. Literature review. METHOD. Searches were performed in PubMed and Embase. A total of 15 studies concerning the relationship between physical inactivity and pain in older persons with and without dementia were identified (older persons without dementia: 12; with dementia: 3). RESULTS. In older persons without dementia, a positive relationship between physical inactivity and pain has been demonstrated. In older persons with dementia, pain may cause physical inactivity and physical inactivity may cause pain. CONCLUSIONS. In older persons, a positive relationship between physical inactivity and pain was demonstrated. More specifically, pain may cause physical inactivity. In older persons with dementia pain may cause physical inactivity and vice versa. RELEVANCE TO CLINICAL PRACTICE. Nurses' awareness of physical inactivity as an indication of pain in older persons with and without dementia may reduce the risk of underdiagnosis and subsequent undertreatment of pain. (R.A.).

### **La douleur chez la personne âgée atteinte de démence.**

DE LA BRIERE (Alice)

SOINS, 2012/05, n° 765, 16-19. 24 réf.

La prévalence de la douleur persistante augmente avec l'âge. Une étude montre que les adultes âgés de plus de 75 ans sont quatre fois plus susceptibles de souffrir d'un problème algique significatif que les adultes jeunes. Une augmentation du seuil de la douleur et de sa tolérance est parfois observée chez les personnes âgées atteintes de démence. La composante comportementale de la douleur étant complexe à décoder, l'hétéro-évaluation avec des outils validés est, de ce fait, incontournable auprès de ces patients lorsque les déficits cognitifs s'aggravent.

### **Utilisation du MEOPA durant les soins chez les malades âgés atteints de démence en unité de soins de longue durée (USLD).**

HAMMOUDI (H.) ; CHERY (L.) ; MOITAU (M.) ; FAURE (P.) ; et al.

REVUE FRANCOPHONE DE GERIATRIE ET DE GERONTOLOGIE, 2011/09, n° 177, 352-354.

L'évaluation et le soulagement de la douleur chez les personnes âgées atteintes de démence sont toujours une grande préoccupation pour les équipes médico-soignantes. La prescription des opioïdes se heurte à une tolérance parfois limitée chez ces malades très âgés, et l'antalgie est alors difficile à obtenir. Dans ces situations, la place du MEOPA (mélange équimolaire oxygène/protoxyde d'azote) est à envisager. Cet article présente l'utilisation du MEOPA en Unité de Soins de Longue Durée chez deux patientes âgées de 90 et 99 ans durant la toilette et les pansements.

### **Dossier thématique : douleur et Alzheimer.**

CASSOU (B.) ; WONG (C.) ; PETROGNANI (A.) ; et al.

GOMAS (J.-M.), coor.

DOULEUR ET ANALGESIE, 2011/06, n° 2, 71-100, ann. réf. bibl.

Au sommaire de ce dossier thématique : - La lutte contre la douleur : priorité de santé publique ? ; - Quels droits pour le majeur vulnérable ? ; - Les échelles d'hétéroévaluation de la douleur chronique à l'épreuve du quotidien en gériatrie ; - Douleurs provoquées par les soins dispensés à la personne souffrant de démence de type Alzheimer : pour une organisation questionnée des soins ; - Modalités de réalisation d'un test analogique chez la personne âgée démente ; - Conflits éthiques liés à la prise en charge de la douleur chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

### **Modalités de réalisation d'un test antalgique chez la personne âgée démente.**

KNORRECK (F.) ; PETROGNANI (A.) ; GOMAS (J.M.)

DOULEUR ET ANALGESIE, 2011/06, n° 2, 93-95.17 réf.

Malgré les grilles d'hétéroévaluation, l'évaluation de la douleur chez les personnes dites démentes reste incertaine. Un doute persistant sur l'existence d'une douleur doit faire envisager un test thérapeutique antalgique, sous couvert d'une surveillance étroite, ce d'autant plus que ce test peut être réalisé avec des opioïdes dans le cas de douleur par excès de nociception. (R. A.).

### **Une expérience pratique du service concernant les soins douloureux chez les déments.**

CAPRIZ RIBIERE (F.) ; BOULAHSSASS (R.) ; BROCKER (P.)

REVUE DE GERIATRIE, 2008/10, vol. 33, n° 8, 737-741, ill.

Les douleurs acutisées, encore trop fréquentes lors des soins, restent toujours d'actualité en gériatrie. L'utilisation du MEOPA (Mélange Equimolaire Oxygène-Protoxyde d'Azote) peut représenter une bonne alternative aux traitements préventifs morphiniques, notamment en cas de démence ou de polymédication. Nous exposons ici notre expérience pratique en Médecine Gériatrique au CHU de Nice. L'altération des fonctions cognitives ne représente pas une limite à l'utilisation du MEOPA, dans ce type de population fragile où les soins douloureux comme les soins d'escarre, ou les soins dentaires se répètent. Cette nouvelle approche permet d'améliorer la prise en charge de cette population âgée fragile en limitant la iatrogénie.

### **Douleurs et démence de type Alzheimer. Analyser, comprendre et agir.**

BELON (J.P.) ; COMMERCON (G.) ; EMILE (J.) ; et al.

*REPERES EN GERIATRIE*, 2007/12, vol. 9, n° 76, 411-412.

Analyser, comprendre, agir. Ce sont les maîtres mots des soignants qui accueillent des patients souffrant de démence de type Alzheimer. Ceux-ci doivent ainsi tout mettre en oeuvre pour identifier une douleur non exprimée, l'évaluer et la soulager chez ces patients non communicant, pas toujours coopératifs, et parfois agressifs.

### **La presbyalgésie des personnes âgées existe-t-elle en particulier chez les patients présentant des troubles cognitifs ?**

PAUTEX (S.)

*DOULEUR ET ANALGESIE*, 2004, vol. 17, n° 1, 57-60. 36 réf.

La douleur et la démence sont deux pathologies dont la prévalence augmente avec l'âge. Plusieurs études ont montré que les patients âgés, en particulier s'ils présentent des troubles cognitifs reçoivent moins d'antalgiques que les patients plus jeunes. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces études. La douleur est banalisée, l'évaluation de la douleur est plus difficile, mais peut-être qu'avec l'avance en âge, les personnes âgées ressentent moins la douleur (presbyalgésie). Il s'avère que la douleur et la démence sont deux phénomènes complexes et de nombreuses études sont encore nécessaires pour mieux comprendre leurs interactions. (Adapté du R.A.).



## **■ Douleur et soins palliatifs – Ethique**

### **Évaluation des pratiques de soins palliatifs dans onze établissements pour personnes âgées dépendantes de Bourgogne-Franche-Comté.**

DEGOIS (Marc) ; BESSET (Cécile) ; NGAMBA (Esmaël) ; et al.

*REVUE DE GERIATRIE*, 2020/03, vol. 45, n° 3, 135-144, tabl., fig. 36 réf.

Introduction : En France, plus de 618 000 résidents vivent en Établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et plus de 125 000 y décèdent chaque année. Les difficultés éthiques y sont accrues en raison de la polypathologie et des troubles cognitifs. Les prises en charge des résidents en fin de vie ont été l'objet de recommandations de bonnes pratiques. Pourtant, les modalités de mise en oeuvre des soins palliatifs en EHPAD restent peu étudiées. Objectifs : L'objectif était d'évaluer les pratiques de soins palliatifs en EHPAD. Méthodes : Quatre Équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) et le Réseau qualité des établissements de santé de Bourgogne-Franche-Comté (REQUA) ont proposé un audit rétrospectif de dossiers dans le cadre d'une Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) à 11 EHPAD volontaires de leur région. Résultats : Dans ces établissements (1 596 places au total), 475 décès étaient survenus l'année précédant le recueil. Un échantillon de 295 dossiers était audité. Dans 91 % des cas les décès étaient survenus au sein des établissements. Parmi les 221 résidents décédés de façon non soudaine, lors de la dernière semaine de vie, 63 % avaient eu au moins une évaluation de la douleur, 47 % une contention (y compris barrières) et 36 % une hydratation artificielle. Dix pour cents des dossiers comportaient la trace d'une information des résidents à propos de leur état de santé. Conclusion : Ce travail identifie des axes d'amélioration des pratiques portant sur la prise en charge des douleurs, l'implication des résidents dans leur propre projet de fin de vie, et la nécessité d'une valorisation institutionnelle de l'interdisciplinarité. (R. A.).

### **Douleur, escarre et soins palliatifs.**

PATERNOSTRE (B.) ; BURUCOA (B.) ; VASSAL (P.) ; et al.

*ESCARRE (L)*, 2012/06, n° 54, 3-21, fig., graph., tabl. réf. bibl.

Au sommaire de ce dossier "Douleur, escarre et soins palliatifs" : - Les dispositions générales de la Loi Leonetti : quels liens avec les escarres ? - Escarres en soins palliatifs : réflexion éthique - Evaluation de la douleur chez le sujet âgé porteur d'escarre - Les spécificités de la prise en charge thérapeutique de la douleur dans le domaine des escarres - Le rôle des soignants dans la prise en charge de la douleur du patient porteur d'escarre - Douleur et escarre en soins palliatifs : la prise en charge locale et non médicamenteuse.

### **Lits de soins palliatifs identifiés en gériatrie : bilan à un an.**

JUCHS (S.) ; GUILLON (M.F.) ; BOURDEL MARCHASSON (I.) ; et al.

*REVUE DE GERIATRIE*, 2012/01, n° 1, 35-44, ann. réf. bibl.

Cet article présente une étude rétrospective et descriptive des personnes âgées hospitalisées dans les Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP) du pôle de gériatrie clinique du CHU de Bordeaux, sur la période allant du 1er janvier au 31 décembre 2007. Les personnes âgées ont été incluses sans exception.

### **Douleur, personne âgée et fin de vie : une nécessaire approche humaine et scientifique.**

WARY (Bernard)

*DOULEURS*, 2011/10, n° 5, 220-223. 9 réf.

La douleur des personnes âgées en fin de vie présente des particularités épidémiologiques, physiopathologiques, pharmacologiques, psychiques et éthiques imposant une nécessaire complémentarité entre auto- et hétéroévaluation, entre approches médicamenteuses et non médicamenteuses, entre science et humanité. Le véritable prendre soin osera alors remettre en question quelques préjugés et règles d'or, conjuguant savoir-faire et savoir être. © 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### **Etude rétrospective comparative à 10 ans d'intervalle des thérapeutiques antalgiques des patients de 75 ans et plus, communiquant verbalement, en soins palliatifs.**

VILLARD (Marie Laure) ; LAVAL (Guillemette) ; RYS (Lucina)

*REVUE DE GERIATRIE*, 2005/06, vol. 30, n° 6, 391-398, tabl. 20 réf.

Cette étude analyse les douleurs présentées par les personnes de 75 ans et plus, communicantes verbalement, suivies par l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) du CHU de Grenoble, en comparant les caractéristiques des douleurs présentées et leur prise en charge en 2000-2001 et dix années auparavant en 1990-1991. Concernant les thérapeutiques, les morphiniques forts sont de plus en plus prescrits avant le passage de l'EMSP avec 56 % en 1990-1991 versus 73 % en 2000-2001. Par contre, lorsque la morphine est déjà prescrite, la posologie est peu modifiée après l'intervention de l'EMSP aussi bien en 1990-1991 qu'en 2000-2001. En revanche, les posologies maximales utilisées ont beaucoup évolué puisqu'en 1990-1991 elles étaient de 400 mg (morphine équivalent oral) versus 2160 mg en 2000-2001. Enfin, les douleurs neuropathiques semblent aussi peu repérées aujourd'hui qu'il y a dix ans, alors qu'elles sont fréquemment retrouvées chez les patients cancéreux en général. (Adapté du R.A.).

### **Soins palliatifs en gériatrie : savoir y penser, savoir les appliquer.**

SANTONI (J.)

*REPERES EN GERIATRIE*, 2004/06-07, n° 42, 40-42. réf. bibl.

Le contrôle de la douleur représente un élément central de la prise en charge de la personne âgée en fin de vie, mais il faut s'attacher également à traiter les autres symptômes pouvant la faire souffrir, réaliser une alimentation et une hydratation aussi peu traumatiques que possible et ne pas sous-estimer l'importance du nursing. Tous les gestes thérapeutiques s'associent, dans le même temps, au soutien psychologique, social et spirituel. Le soutien des familles avant et après le décès, et celui des soignants, font partie intégrante des soins palliatifs gériatriques.

### **Les soins palliatifs en gériatrie : 1ère partie.**

SEBAG LANOE (Renée) ; TRIVALLE (Christophe) ; WARY (Bernard) ; et al.

*GERIATRIES*, 2002/01-02, n° 28, 13-27. réf. bibl.

Aujourd'hui, 70% des décès surviennent en institution. La personne âgée souffre tout autant que les autres. La décision de débuter les soins palliatifs doit tenir compte de ce que ressent le malade, du processus pathologique qui l'affecte et des perceptions de son entourage. L'évaluation de la douleur doit être systématique grâce à des échelles validées telles Doloplus ou ECPA. Des moyens antalgiques efficaces existent, y compris l'usage de la morphine dont les règles de prescription en gériatrie sont, ici, rappelées. Dans certaines institutions, comme en témoigne une infirmière coordinatrice, la fin de vie sera prise en charge avec l'aide d'une unité mobile formée aux soins palliatifs.

**La douleur chez les malades âgés en fin de vie.**

SEBAG LANOE (Renée)

*DOULEURS*, 2001/05, vol. 2, n° 2, 65-71. 77 réf.

La douleur chez les malades âgés en fin de vie représente un problème de santé publique d'avenir, parce que l'âge de la mort recule dans l'ensemble des pays développés. En France, en particulier, 61 % des décès concernent des personnes de 75 ans et plus et 36 % des personnes de 85 ans et plus. Quelle que soit la pathologie (cancers, syndromes démentiels, défaillances viscérales, polyopathologies), la douleur est très fréquente chez les malades âgés en fin de vie. Son évaluation peut poser des problèmes notamment chez les patients qui présentent des troubles de la communication. Mais des outils d'hétéro évaluation permettent maintenant d'évaluer la douleur chez les malades qui ne peuvent s'auto évaluer. La prise en charge thérapeutique doit tenir compte des modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques liées à l'âge. Les protocoles OMS sont aujourd'hui largement utilisés par les équipes gériatriques. La morphine reste l'opiacé de choix en troisième palier, mais les doses initiales doivent être faibles en tenant compte de la réduction habituelle du fonctionnement rénal. Les opiacés sont utilisés dans le traitement des douleurs cancéreuses et non cancéreuses. Les enjeux du traitement de la douleur des malades âgés en fin de vie sont multiples : qualité de vie des patients, vécu des familles et des soignants et prévention des demandes d'euthanasie. (R.A.).

**La maltraitance. Violence en gériatrie : le cas de la douleur et ses enjeux éthiques.**

PLAMONDON (L.)

*GERONTOLOGIE ET SOCIETE*, 2000/03, n° 92, 121-133.

Les études menées sur la violence sociale à l'endroit des personnes âgées montrent qu'une grande majorité d'entre elles souffrent de diverses affections douloureuses consécutives à des traumatismes. Cet article s'intéresse aux conduites de non traitement de la douleur en tant que négligence qui contribue spécifiquement à une victimisation particulière, généralement déniée, des personnes âgées. Quels en sont les attributs et les enjeux éthiques dans les conditions socio-juridiques actuelles dans les communautés francophones ?

